



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Daiane Zocche Darós

Pâmela Tasca Hess

Patrícia Sulsbach

PROCESSO EDUCATIVO NO PRÉ-NATAL: PROMOVENDO
O PAPEL ATIVO DA MULHER NO PROCESSO
DE NASCIMENTO

2007

DAIANE ZOCHE DARÓS

PÂMELA TASCA HESS

PATRÍCIA SULSBACH

**PROCESSO EDUCATIVO NO PRÉ-NATAL: PROMOVENDO
O PAPEL ATIVO DA MULHER NO PROCESSO
DE NASCIMENTO**

**Trabalho de Conclusão de curso
da VIII Unidade Curricular do
Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

ORIENTADORA: MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI

SUPERVISORA: HELOISA SILVEIRA DANIEL


2007

Daiane Zocche Darós
Pâmela Tasca Hess
Patrícia Andréia Sulsbach


Processo Educativo no Pré-Natal: promovendo o papel ativo da mulher no processo de nascimento

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora


Maria de Fátima Mota Zampieri
Enfermeira, Professora, Dr^a


Heloisa Silveira Daniel
Enfermeira do Programa de Saúde da Família / ULS Ingleses


Odaléa Maria Bruggemann
Enfermeira, Professora, Dr^a

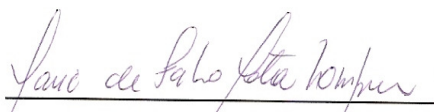
Florianópolis, 10 de Dezembro de 2007.

PARECER FINAL DO ORIENTADOR

O trabalho aborda um tema extremamente relevante para a Atenção à Saúde da Mulher. É inovador, pois trata do desenvolvimento de um processo educativo com gestantes e familiares, preparando-os para o parto e nascimento, em nível de atenção básica nos seus domicílios. Contribui para a construção do conhecimento na área, podendo servir de subsídio para as práticas desenvolvidas pelos profissionais a atenção básica. Gerou impacto na comunidade, reflexões junto a equipe de saúde e mudança na assistência prestada, estimulando a criação de um grupo de gestantes para que se socializasse conhecimentos sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado que minimizassem as sensações dolorosas, favorecessem a vivência tranquila e segura da gestação, parto e pós-parto e uma participação ativa das mulheres e familiares. Contribuiu para aprendizagem, estimulou as pesquisas e ampliou saberes na área. Denota comprometimento ético, humanístico e social dos discentes para com a clientela.

O trabalho está bem justificando, apresenta os objetivos e os desenvolve de forma coerente. Traz uma revisão concisa, consistente e pertinente com a temática e proposta. Bem estruturado e com boa redação. Mostra clareza em relação à metodologia e exposição dos resultados. Referências em conformidade com a ABNT. Atende as contribuições da banca em relação as alterações no título, inclusão de subtítulos na estrutura do texto, complementação sobre a importância do referencial no desenvolvimento do estudo e pequenas revisões ortográficas e de ABNT.

O presente trabalho, apresentado publicamente, atende os objetivos propostos e contempla as competências da oitava unidade curricular, sendo recomendada a sua publicação pela banca, orientador e supervisor.



Maria de Fátima Mota Zampieri- Orientadora

AGRADECIMENTOS

À orientadora, Maria de Fátima Mota Zampieri, pela dedicação, empenho, disponibilidade, sabedoria, paciência e carinho.

À professora Mila, que esteve presente no início do projeto orientando-nos e contribuindo com seus conhecimentos.

À supervisora, Heloisa Silveira Daniel, pelo acolhimento, confiança, por compartilhar conhecimentos e pelo companheirismo.

À professora Odaléa, por ter aceitado o convite para ser membro da banca avaliadora.

Aos funcionários da ULS dos Ingleses que contribuíram para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Às gestantes, participantes do estudo, pela receptividade, confiança, carinho e incentivo.

Aos colegas da turma pelo apoio, incentivo e carinho durante todo o semestre.

À Mara, mãe da Pati, pela receptividade, carinho e pelos deliciosos almoços e lanches.

Agradecimentos de Daiane...

Á Deus, por estar sempre ao meu lado, guiando-me em toda esta caminhada.

Aos meus queridos pais, Dirceu e Néia, que nunca mediram esforços para proporcionar tudo o que tenho e conquistei nestes quatro anos de faculdade, e que muitas vezes renunciaram seus sonhos a favor dos meus. Desejo a vocês esta conquista!

Á minha irmã Cristina, pelo carinho, amor, apoio e incentivo.

Á minha família e verdadeiros amigos, que sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me e vibrando com as minhas conquistas.

À minha amiga e companheira de TCC Patrícia, por toda a amizade, paciência, carinho e respeito, pelas muitas risadas, pelas horas de desabafos e por sempre estar ao meu lado, nos momentos de dificuldades e conquistas. Obrigada por tudo!

À minha nova amiga, e companheira de TCC, Pâmela, pelas palavras sempre sinceras, pelos conselhos, paciência, momentos de descontração e respeito. Obrigada por me permitir conhece-la melhor nestes meses de convívio, e ver a pessoa maravilhosa que és!

Agradecimentos de Pâmela...

Ao meu Deus, por tudo que tem feito de forma tão sublime e perfeita, pelo Seu grande e eterno amor e pela alegria que me dá a cada manhã, por me sustentar e me capacitar neste tempo, dando-me forças e sabedoria. A Ele toda honra, glória e louvor.

Aos meus pais, Lourdes e Enéas, pelo carinho, incentivo, apoio, pelas longas conversas ao telefone e pelo patrocínio de sempre. Amo muito vocês.

Aos meus irmãos, Lipe, Lu e Nena, pelo companheirismo e momentos de distração, pelas risadas e carinho. Vocês são muito especiais para mim.

Ao meu amado, Jean, pelos muitos emails, pelas orações, por me ouvir e me apoiar, pelo amor e cuidado. Dou louvores ao meu Deus por te conhecer.

Às minhas “mãezinhas” Quel e Sá, por me acolherem e me sustentarem em amor e oração e pelos sábios conselhos. Ainda preciso muito de vocês.

Às amigas, Aline, Taise, Cheron, Fla e Beca, pelas orações, incentivo, longas conversas e amizade. Vocês são muito importantes para mim.

À minha grande família em Cristo, pelo amor, carinho e por sempre me acolher e servir tão bem. É muito bom fazer parte dessa família.

À Dai, grande amiga de TCC, pelo companheirismo, disposição, paciência, alegria, incentivo e carinho. Amo você, minha flor de maracujá.

À Pati, Pati descomplicada Pati, pelo companheirismo, incentivo, pelas longas conversas, paciência, pelas risadas, e carinho. Também amo você, amiga.

Agradeço e abençôo a todos e dedico esta vitória a meu amado Senhor e Salvador Jesus Cristo.

Agradecimentos de Patrícia...

Ao plano superior repleto de boas energias e luz que está presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Pedro e Mara, pela dedicação, respeito, incentivo, compreensão, carinho, amor... palavras apenas não bastam. Amo vocês!

Ao meu irmão, Rafael, por todos esses anos de convivência, trocas, amizade e compartilhamento de experiências.

À Fernanda, Nanda, pelo carinho, espontaneidade, ingenuidade e por fazer despertar em mim a sensibilidade que só uma criança poderia fazer.

Ao Mauro, pelo carinho e compreensão, fundamental neste período de minha vida.

À Daiane, confidente, para mim simplesmente Daiandra, pela paciência, exemplo, delicadeza, força, amizade, carinho...

À Pâmela, a Pâm, Panzinha, Panzoca pela paciência, compreensão, risadas, descontração, comprometimento e força.

À Joyce, pelo seu belo exemplo como enfermeira atuante na área obstétrica e exemplo como ser humano, assim como pelos conhecimentos que pude obter através dela.

À Mayra, pelo seu exemplo, amizade e carinho, respeito. Agora é sua vez Mah!

*“Para mudar o mundo é
preciso primeiro mudar a forma
de nascer”.*

Michel Odent, obstetra francês, 1981.

RESUMO

A mudança da vivência do trabalho de parto e parto do domicílio para o hospital e os avanços tecnológicos durante o processo de nascimento constituíram-se fatores importantes e significativos na redução da morbi-mortalidade materna e fetal, no entanto, contribuíram para que a mulher assumisse um papel passivo neste processo. O despreparo das mulheres, a falta de confiança em si e em seus potenciais, a passividade durante a vivência do processo de nascimento, aliados a convicção de que a troca de conhecimentos sobre este momento e as tecnologias do cuidado pudessem auxiliar no trabalho de parto e parto e reduzir as intervenções desnecessárias adotadas pelos profissionais estimularam a realização deste estudo. Teve como objetivo principal desenvolver um processo Educativo em Enfermagem, guiado por idéias de Imogene King, com gestantes de baixo risco e família que vivenciam o último trimestre de gestação e com estas mulheres no parto e após o parto, buscando contribuir para que atuem como protagonistas do processo do nascimento. Para alcançar o objetivo proposto, adotamos como estratégias: convidar durante as consultas de pré-natal nove gestantes para participarem da proposta; no domicílio e quinzenalmente buscamos compartilhar informações e conhecer as vivências e experiências das gestantes sobre o processo do nascimento; selecionar em parceria com elas tecnologias do cuidado (exercícios de conscientização corporal e respiratórios, relaxamentos, massagens, deambulação, mudanças de posição, uso de bola suíça, música, banhos) e praticar aquelas de suas preferências. Procuramos acompanhar o trabalho de parto e parto, visando verificar se o cuidado prestado contribuiu para aumentar a autonomia das mulheres, minimizar as sensações dolorosas, favorecer a vivência do processo de nascimento e o equilíbrio consigo, com outros e ambiente. A realização deste estudo possibilitou construir, compreender, ampliar conhecimentos sobre a gravidez, processo de nascer e tecnologias do cuidado. Ratificou que as vivências e experiências ao longo da gestação passam a ser fatores determinantes na construção e condução do papel da mulher, definindo seu comportamento e aumentando ou não o seu potencial para conduzir o processo de nascimento de forma mais ativa. O compartilhamento de saberes, vivências e experiências e a prática das tecnologias do cuidado na gestação contribuíram para que a gestante compreendesse melhor o papel de ser mãe. Auxiliou também no fortalecimento e resgate das potencialidades das gestantes e dos familiares, dando-lhes mais autonomia para decidir e agir, aumentando sua autoconfiança para enfrentar situações de estresse e problemas neste período. Contribuíram para minimizar as sensações dolorosas no trabalho de parto e parto e favorecer a vivência deste momento com maior tranquilidade e segurança. O estudo propiciou nossa aprendizagem e formação crítica, auxiliando a nos tornarmos profissionais mais comprometidos com a saúde reprodutiva da mulher e capazes de desenvolver uma assistência diferenciada. Reforça que ainda há muito por fazer na atenção básica, para que mulher possa vivenciar o momento do parto de maneira mais serena e acredite mais em si e em seu corpo.

Descritores: assistência domiciliar, educação, gestantes, tecnologias de cuidado, enfermeira.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	14
	2.1 Objetivo geral.....	14
	2.2 Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
	4.1 Conceito.....	27
	4.2 A Teoria de Imogene King.....	27
	4.3 Conceitos.....	28
	4.3.1 Ser Humano.....	28
	4.3.2 Percepções.....	30
	4.3.3 <i>Self</i>	31
	4.3.4 Comunicação.....	32
	4.3.5 Interação.....	34
	4.3.6 Transação.....	35
	4.3.7 Enfermagem.....	35
	4.3.8. Tecnologias do cuidado.....	37
	4.3.9 Processo Educativo.....	38
	4.3.10 Pressupostos Pessoais.....	39
5	METODOLOGIA.....	41
	5.1 Contextualização do campo de estágio.....	41
	5.2 População alvo.....	42
	5.3 Questões éticas a serem contempladas.....	42
	5.4 Planejamento.....	43
6	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERENCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	88
	Apêndice I.....	89

Apêndice II.....	91
Apêndice III.....	93
Apêndice IV.....	96
Apêndice V.....	97
Apêndice VI.....	100
ANEXOS.....	101
Anexo I.....	102
Anexo II.....	103

1. INTRODUÇÃO

O processo do nascimento¹ na Antiguidade era vivenciado no domicílio, com a participação de todos os familiares, sendo que as mulheres se preparavam previamente para o trabalho de parto e parto, assumindo posições confortáveis a elas, como deambular, agachar, deitar de lado, entre outras.

Sabatino, Dunn e Barcia (1992) referem que o instinto materno e o impulso para o alívio da dor e do desconforto levava a mulher a adotar posturas mais vantajosas para a passagem do feto através da pelve, encontrando desta forma, a melhor posição para o parto.

A mudança da vivência do trabalho de parto e parto do domicílio para o hospital e os avanços tecnológicos no atendimento à mulher durante o processo do nascimento constituíram-se de modificações importantes e significativas na redução da morbi-mortalidade materna e fetal, no entanto, contribuíram para que a mulher assumisse um papel passivo, deixando de ser a protagonista deste processo.

A gestação é um processo que envolve transformações físicas, emocionais, sociais, fisiológicas, culturais e existenciais, individuais e familiares. É comum surgirem dúvidas, ansiedades e medos que envolvam as múltiplas dimensões que caracterizam este momento. As vivências e experiências ao longo da gestação passam a ser fatores determinantes na construção e condução do papel da mulher durante o processo de nascimento, definindo desta maneira seu comportamento e aumentando ou não o seu potencial para conduzi-lo de forma mais ativa.

A preparação física e psíquica da mulher grávida contribui decisivamente para eliminar, ou pelos menos, minimizar a expectativa e ansiedade que acompanha toda gestante. Se for dada à futura mãe a possibilidade de conhecer o funcionamento do seu corpo, ela aumentará seus potenciais e encontrar-se-á em situação de colaborar e decidir sobre a sua saúde com a equipe de saúde [...] reduzindo assim grande parte da tensão corporal e

¹ É compreendido desde a pré-concepção até o puerpério. É um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. (BRASIL, 2001, p. 9). É um momento transicional e multidimensional que influencia e influenciado pelo contexto sociocultural e exige uma assistência interdisciplinar para promover o desenvolvimento humano e a vida em plenitude (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001).

psicológica, do que resulta um parto mais fácil e menos doloroso (BENTO, 1992, apud COUTO, 2006, p. 191).

De acordo com Diniz (2001), a autonomia da mulher no momento do parto está diretamente relacionada à sua capacidade de escolher e decidir sobre o tipo de parto e a sua saúde, livre de coerção e violência e, de lutar pelos seus direitos. Isto ocorre à medida que ela recebe informações a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta em uma situação determinada e quando tem acesso a alternativas não farmacológicas que contribuem para facilitar o processo de nascer também baseadas nas evidências, como a presença de acompanhantes e de doulas, o uso de banhos de chuveiro, de bolas, pufes etc. O fato de ser acolhida, reconhecida como pessoa, ser consultada em relação aos procedimentos e participar desse momento, também é essencial. Nesse sentido, o diálogo e a interação entre o profissional de saúde e parturiente são fundamentais para fortalecer as capacidades das gestantes e familiares e garantir uma assistência mais eficiente e humanizada, resgatando o protagonismo da mulher na condução do nascimento.

No entanto, muitas mulheres na atualidade transferem a responsabilidade do nascimento a um profissional de saúde por não se sentirem capazes e por sofrerem influências culturais e sociais. Tal situação decorre do papel da mulher construído socialmente, das mudanças das práticas obstétricas, dos modelos e paradigmas de atenção à saúde ao longo da história, que levaram a “coisificação” e mecanização do ser humano, desvalorização da mulher, cuidado centrado apenas na doença, valorização extrema e emprego intensivo da tecnologia pesada para a solução de qualquer problema de saúde (ZAMPIERI, 2006). Nesta perspectiva, Castro e Caplis (2005) referem que com o passar dos anos, parir e nascer deixaram de ser atos fisiológicos e passaram a ser vistos como processos patológicos que privilegiam a técnica, medicalizados e despersonalizados, não sendo considerados o estímulo, o apoio, o carinho e atenção à mulher que vivencia esta experiência.

Partindo destas premissas, acreditamos, enquanto acadêmicas de Enfermagem e futuras profissionais, que a atuação no pré-natal, prestando um cuidado sensível e atento e a socialização de conhecimentos, pode contribuir para fortalecer as capacidades e potenciais da mulher e família e influenciá-los positivamente para vivenciar o processo de nascimento com menos trauma, maior tranquilidade e mais prazer.

O cuidado pré-natal, desenvolvido pelos enfermeiros, é um importante instrumento no atendimento voltado às necessidades da gestante e seus familiares, além de ser um espaço propício para o desenvolvimento de ações que atendam as demandas desse

período, para a troca de informações e para a expressão de sentimentos, expectativas e dúvidas, o que é ratificado por Hoga e Reberte (2006). Deve atender de forma integral a mulher, considerar as diversas etapas da vida por ela vivenciadas, os contextos em que estão inseridas, as suas relações, seus conhecimentos prévios e recursos que dispõe. O profissional deve contribuir para que a mulher adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise, para que possa decidir sobre a vida e a saúde (RIOS; VIEIRA, 2007).

A constatação da relevância do tema, as experiências proporcionadas durante o Curso de Graduação de Enfermagem, que nos possibilitaram presenciar muitas vezes o despreparo das mulheres e a sua passividade durante a vivência do processo do nascimento, aliados às dúvidas, às inseguranças das mulheres e às inúmeras intervenções desnecessárias adotadas pelos profissionais da saúde, nos estimularam a desenvolver, durante a atenção pré-natal, atividades em parceria com as gestantes que contribuíssem para que as mesmas pudessem assumir o seu protagonismo neste processo. Motivou também a escolha desta temática, a existência de poucas publicações sobre o assunto.

O estudo foi desenvolvido com gestantes usuárias da unidade local de saúde do bairro dos Ingleses, no município de Florianópolis, que vivenciavam o terceiro trimestre de gestação e seus familiares e com estas mulheres no parto e após o parto. O marco teórico escolhido foi a Teoria de Consecução de Metas de Imogene King, baseada em uma estrutura de sistemas abertos – pessoal, interpessoal e social - em que o enfermeiro e os clientes interagem, comunicam informações, estabelecem metas comuns e atuam para atingi-las (GEORGE, 1993).

Neste sentido, a partir da consulta pré-natal, buscaremos conhecer as necessidades, expectativas e conhecimentos das gestantes e de seus familiares. Com base nestas informações, procuraremos desenvolver um processo educativo que possibilite a expressão das dúvidas, incertezas, preocupações e percepções, além de propor e compartilhar as tecnologias do cuidado que contribuam para o fortalecimento destes como protagonistas do processo de nascimento. Posteriormente, após o parto, saberemos se a socialização de conhecimentos e o uso destas tecnologias durante a gestação trouxeram benefícios durante todo o processo de nascimento.

Consideramos que as tecnologias do cuidado, neste estudo, são recursos complementares eleitos que podem contribuir para favorecer a participação ativa da mulher. São técnicas corporais e ações terapêuticas, exercícios respiratórios e de conscientização corporal, relaxamento, massagens, alterações de posições, deambulação, banhos de imersão e

de chuveiro, música, diminuição da luz, entre outros, estimuladas e compartilhadas com as gestantes na perspectiva de auxiliá-las na diminuição dos desconfortos e sensações dolorosas, no conhecimento dos seus potenciais e de seu corpo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Desenvolver um processo Educativo em Enfermagem, guiado por idéias de Imogene King, com gestantes de baixo risco e família que vivenciam o último trimestre de gestação e com estas mulheres no parto e após o parto, buscando contribuir para que atuem como protagonistas do processo do nascimento.

2.1 Objetivos específicos

1. Conhecer os saberes, as vivências e experiências das gestantes e família relativos ao processo de nascimento.
2. Propor e compartilhar conhecimentos, experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado à mulher grávida e família, buscando aumentar os seus potenciais e favorecer um trabalho de parto e parto tranquilo e prazeroso.
3. Conhecer os benefícios da prática educativa na vivência do processo de nascimento pela mulher e família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Na década de setenta a atenção à saúde era direcionada a população materna infantil e centrada na reprodução. Buscava-se proteger esta população, principalmente a mais pobre, com o intuito de garantir gerações sadias, as quais pudessem servir de mão-de-obra para o capitalismo vigente. Após as lutas do movimento feminista para ampliação da atenção à mulher, surge num esforço coletivo destas mulheres, dos profissionais de saúde e do Ministério da Saúde Brasileiro em 1983, o Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O mesmo foi regulamentado em 1986 e definia a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Nesse programa, a mulher era vista não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade em todas as fases da vida, desde a infância até a velhice, de acordo com a característica de cada fase (BRASIL, 1984; OSIS, 1998 apud ZAMPIERI, 2006).

O programa tinha como objetivo proporcionar melhores condições de vida e saúde para as mulheres, através da garantia dos seus direitos, bem como através do acesso facilitado aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, contribuindo assim com a redução da morbidade e mortalidade feminina, em todos os ciclos da vida, sem qualquer discriminação. Ainda foram estabelecidos como objetivos do PAISM, proporcionar uma assistência mais humanizada e qualificada na atenção integral a saúde da mulher (BRASIL, 2004). São objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004, p.67):

1. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
2. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
3. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Dentro da lógica de integralidade, universalidade e descentralização da saúde, enfocando a participação da comunidade e dando prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais emerge, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade², a equidade³, a integralidade⁴ e os princípios organizativos como: hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa. Fundamenta-se também: a) na saúde, como um direito fundamental do ser humano; b) na resolutividade, entendida como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde; c) na intersetorialidade, como o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde; d) na humanização, entendida como responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população (BRASIL, 2000; ZAMPIERI, 2006).

O SUS consolida-se nas Unidades Locais de Saúde, ambulatórios, hospitais e laboratórios. Por meio dele, todos os cidadãos têm direito a atenção à saúde, às consultas, aos exames, às internações, aos tratamentos e à educação, sendo financiado através de impostos e contribuições da população. As mulheres têm uma representatividade expressiva nesta população na condição de usuárias dos serviços e de acompanhantes de seus filhos, companheiros e amigos. A garantia destes direitos é expressa na constituição e carta dos direitos dos usuários de saúde (BRASIL, 2006, p.3).

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O SUS conta também com o apoio privado ou de setores suplementares, ou seja, quando não é capaz de atender a população de uma determinada região, entram em cena

² Acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

³ Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

⁴ Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

outros locais de atendimento à saúde, conveniados ao SUS ou não, capazes de dar suporte ao cidadão, seja em nível federal, municipal ou estadual.

Através da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica e define o processo de regionalização da assistência (BRASIL, 2001), o município tem maior agilidade para resolver problemas das políticas sociais, particularmente na saúde.

Na área da saúde da mulher, a NOAS determina que os estados e Distrito Federal elaborem um Plano Diretor de Regionalização que garanta a população feminina um conjunto de ações básicas e serviços, o mais próximo possível de sua residência, em seu município, entre elas: assistência ao pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; imunização; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama. Garanta ainda o acesso e a integralidade de ações em todos os níveis de atenção, do menor ao de maior complexidade (BRASIL, 2001). O avanço no fortalecimento da atenção básica caracterizou-se pelo incentivo às ações consideradas estratégicas, dentre as quais está o Programa de Saúde da Família (PSF).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2004, p 1).

“A Saúde da Família busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes da saúde da família” (BRASIL, 2004).

Dentro do PSF são proporcionados diversos serviços para a população em geral. No entanto, temos um público de maior vulnerabilidade que merece atenção especial: crianças, idosos e mulheres. Na atenção a Saúde da Mulher são ofertadas atividades como a detecção precoce do câncer de mama e prevenção do câncer cérvico-uterino; consulta ginecológica; atenção ao climatério, à sexualidade, ao puerpério; planejamento familiar e pré-natal, foco principal deste trabalho.

A assistência à saúde da mulher brasileira tem sido uma das prioridades dos programas de saúde do país. A preocupação com essa parcela da população teve seu impulso, principalmente, a partir da mobilização das próprias

mulheres, por meio dos movimentos feministas, que passaram a reivindicar uma democratização das decisões governamentais, com ampliação das discussões e participação mais ativa nos processos decisórios pertinentes à saúde. Ao longo dos anos, maior ênfase tem sido dada à mulher no período gravídico-puerperal, em detrimento à sua assistência na fase não reprodutiva. Reconhece-se a importância da atenção à saúde da mulher gestante, tendo em vista os altos índices de morbidade e mortalidade materna que continuam a configurar no panorama de saúde do país (FERNANDES, 2007, p.92-93).

Nesta perspectiva, segundo Serruya, Lago e Cecatti (2004), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em junho de 2000, tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério das gestantes e do recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Segundo os autores acima citados, o PHPN está fundamentado no direito a assistência obstétrica e neonatal humanizada, para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.

O PHPN preconiza que é dever das unidades de saúde receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, ética e solidariedade, criando um ambiente acolhedor. Além disso, outro aspecto relevante para a humanização da assistência é adotar medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, a fim de evitar o uso de práticas intervencionistas desnecessárias que são frequentemente realizadas e que trazem muitos riscos (BRASIL, 2000).

Neste sentido, o Ministério da Saúde institui em 2005, com a Portaria nº 1.067, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal que reforça condutas acolhedoras, sem intervenções, contrapõe-se aquelas desnecessárias durante o processo de nascimento e garante acesso aos serviços de saúde que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. Considera o acompanhamento pré-natal humanizado, de qualidade e precoce, a continuidade da atenção no parto e puerpério e a presença de uma pessoa de referência da gestante ao seu lado durante o processo de nascimento como direitos da gestante. O próprio Ministério ratifica o exposto ao dizer:

A atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, deve ter como características essenciais à qualidade e a humanização. A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005, p.7).

A atenção ao pré-natal não se restringe apenas às consultas e procedimentos, inclui as visitas domiciliares, as atividades educativas individuais e coletivas, e atendimento no domicílio (ZAMPIERI, 2006). A gestante que chega à unidade de saúde, possui uma bagagem cultural e educacional que deve ser respeitada. Conhecer seus medos, dúvidas, ansiedades faz parte do ritual da atenção ao pré-natal. A visita no domicílio é uma oportunidade de interagir com a grávida e família, conhecer suas crenças, valores, realidade e os recursos que dispõe, além de criar vínculos essenciais na condução do processo de nascimento.

Segundo o Ministério da Saúde Brasileiro, a assistência pré-natal tem como objetivo principal acolher a mulher desde o início da gravidez. Isso significa realizar não somente os procedimentos clínicos, mas também o que transcende os limites físicos e biológicos. Isto é possível interagindo com a mulher e família, compartilhando informações e socializando conhecimentos e experiências, facilitando a expressão de sentimentos e dúvidas, respondendo aos questionamentos, propondo ações que contribuam para aumentar as capacidades das mulheres e familiares em qualquer cenário de atenção ao pré-natal, seja na consulta pré-natal, na visita ao domicílio ou grupo (BRASIL, 2005; ZAMPIERI, 2006).

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o trabalho de parto e parto. A mulher está direcionada e envolvida com a gravidez e com o bebê. Está sensível à escuta, sendo a gestação um momento que possibilita intenso aprendizado e oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007).

Zampieri (2001) compreende que educação é um processo dinâmico e flexível, que possibilita ao ser humano, diverso e singular, no âmbito individual e coletivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo contribuir e aumentar as possibilidades de enfrentar situações de estresse e de crise, alcançar autonomia e decidir sobre seus objetivos e ações. Freire (1986) explicita que a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal daqueles com os quais interagem.

King (1981) afirma que no processo de interação as pessoas trazem consigo seus conhecimentos pessoais, experiências, necessidades, percepções, crenças e valores que influenciam na interação. Zampieri (1998) fundamentada em Imogene King complementa que a interação pressupõe pessoas em ação, que se relacionam e dão respostas umas as outras, mediadas por um processo comunicativo, que compartilham experiências, expectativas e significados. Uma relação em que cada um tem algo para dar, que o outro quer e necessita, sendo facilitada e determinada pela participação ativa de ambos na situação. É uma relação

recíproca, na qual os envolvidos crescem, trocam experiências e conhecimentos, desenvolvem-se pessoalmente e transformam-se.

O Ministério da Saúde Brasileiro (2005) reconhece que as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos emocionais que permeiam o período gravídico-puerperal, entre eles - ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos - reforçando que esses aspectos sejam abordados na interação do profissional de saúde com a gestante (BRASIL, 2005).

Pode-se oportunizar e desenvolver no processo educativo ações que estimulem as potencialidades da mulher para enfrentar situações de estresse, de desconforto e de dor, contribuindo para que o processo de nascimento seja um momento saudável, prazeroso e feliz. O processo educativo, assim, pode ser um instrumento de capacitação no que tange as questões relativas à saúde.

Tornquist (2003), citada por Almeida (2005), lembra que as propostas de humanização do parto recuperam técnicas de alívio da dor, sobretudo àquelas consideradas naturais e menos invasivas, como também incluem a importância da presença do acompanhante, do suporte emocional, do apoio da equipe à mulher durante todo o processo de nascimento e valorização e consideração da experiência desta em relação à dor. Esta autora entende a dor não apenas como uma manifestação universal de um processo orgânico, mas como uma construção simbólica que varia conforme o contexto sócio cultural e a subjetividade da mulher (forma de sentir a dor).

Assim, ampliar as informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, sobre o corpo e mecanismos da dor pode contribuir para rever algumas posições e compreensões construídas culturalmente, bem como minimizar as sensações dolorosas e medos durante o trabalho de parto e parto.

Bachman (2002) aborda sobre a origem neurológica da dor e do desconforto durante os três estágios do trabalho de parto. Segundo tal autor, no primeiro estágio, ocorrem as contrações uterinas que causam o apagamento e a dilatação cervical, e a isquemia uterina (diminuição do fluxo sanguíneo e conseqüente déficit local de oxigenação) resultante da contração das artérias para o miométrio. A sensação ou desconforto doloroso causado por tais mudanças cervicais e pela isquemia uterina denomina-se, segundo eles, de dor visceral. Neste estágio do parto, os impulsos da dor são transmitidos pelo segmento espinhal nervoso T11-12 e pelos nervos torácicos acessórios inferiores e simpático lombar superior que se originam no corpo uterino e na cérvix. A dor localiza-se na porção inferior do abdômen e se irradia para a

área lombar das costas e para as coxas. Geralmente a mulher apresenta esta dor durante as contrações, tendo alívio nos intervalos destas. Burroughs (1995) e Rezende (2005) divergem a respeito dizendo que a dor inicia nas costas e irradia-se ao abdômen.

Durante a expulsão do bebê, no segundo estágio do parto, a mulher, de acordo com Bachman (2002), apresenta a chamada dor perineal. O desconforto perineal prove do estiramento dos tecidos do períneo para permitir a passagem do feto e da tração sobre o peritônio e sobre os ligamentos útero-cervicais durante as contrações. Além deste fator, a sensação dolorosa também pode ser provocada pelas forças de expulsão ou pela pressão da parte de apresentação sobre a bexiga, o intestino ou outras estruturas pélvicas sensíveis. Neste estágio do parto, os impulsos são levados por meio de S1-4, dos segmentos espinhais nervosos e do sistema parassimpático dos tecidos perineais. A dor no terceiro estágio do parto é também uma dor uterina, similar a apresentado no início do primeiro estágio do parto. A dor pode ser local, manifestada sob forma de cólicas, formigamento, sensação de ardência ou de rompimento resultante da distensão, do estiramento e da laceração da cérvix, da vagina ou dos tecidos perineais. A dor pode também ser sentida nas costas, nos flancos e nas coxas (BURROUGHS, 1995; BACHMAN, 2002).

A dor durante o parto é exclusiva de cada mulher e pode ser influenciada pelas questões culturais e educacionais, ansiedade, medos e tensões, experiências negativas ou positivas em partos anteriores, preparação para o parto e rede de apoio. Manifesta-se de forma diferente, podendo ser penetrante, latejante, aguda, nauseante, enjoada ou em cólica, e pode ser expressa pela mulher de forma diversa: por meio de choro, de gemidos, gestos, contorções, tensões musculares, comportamentos histéricos e expressões faciais. A ansiedade excessiva e o medo causam aumento da secreção de catecolaminas, que aumentam os estímulos da pelve ao cérebro, exacerbando a dor. Aumentando o medo e a ansiedade eleva-se a tensão muscular, diminui a efetividade das contrações, aumenta a experiência do desconforto, iniciando um ciclo vicioso, medo, ansiedade, tensão e dor (BACHMAN, 2002). A enfermeira tem um papel relevante durante este momento, dando apoio emocional, proporcionando medidas de conforto, informando sobre as causas da dor e opções existentes para minimizá-las, colocando-se a disposição da mulher e oferecendo os métodos para alívio da dor da escolha desta. Tão importante quanto, são a rede de apoio familiar, o compartilhamento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas, e a presença genuína do enfermeiro e acompanhante.

O controle ou diminuição da dor auxiliam a mulher e acompanhante a participarem mais ativamente do parto, aumentam a auto-estima da mulher em relação à tarefa de dar a luz e favorece o vínculo dos pais com o bebê.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que métodos como as massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e parto deveriam ser encorajadas e não métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor (BRASIL, 2005). São atrativos pela sua simplicidade e por garantir à parturiente participação ativa, durante o processo de parturição e autonomia, no controle da dor. Eles também são atrativos para os profissionais que realizam assistência obstétrica e buscam caminhos simples e eficazes para reduzir a ansiedade e a dor do parto, sem causar efeitos colaterais e diminuir o custo econômico (SIMKIN; O'HARA, 2002).

Desta forma, destacamos algumas tecnologias do cuidado que podem ser utilizadas para facilitar este processo e minimizar o estresse advindo dos desconfortos e medos. As tecnologias do cuidado que abordamos incluem, além dos conhecimentos sobre o processo de nascimento, técnicas de respiração, massagem relaxante, exercícios, especialmente os de alongamento, fortalecimento e relaxamento da musculatura do períneo, utilização da bola suíça, deambulação, mudanças de posição e banhos de chuveiro, além da música.

Embora ninguém se "esqueça" de respirar, técnicas de respiração são utilizadas para ajudar a aumentar a oxigenação durante as contrações e o relaxamento nos intervalos. Conforme Polden e Mantle (1993), a respiração profunda e lenta será mais benéfica para a mãe e o feto durante o parto. Técnicas que determinam um rápido aumento da taxa respiratória e uma redução na profundidade interferem na fisiologia natural da respiração e troca gasosa. A respiração lenta, calma e fácil torna-se uma prática de relaxamento e alívio da tensão e dor. Entretanto, as autoras lembram que ensinar padrões rígidos de respiração pode reduzir o suprimento de oxigênio à mãe e ao feto, além de causar hiperventilação e baixos níveis de dióxido de carbono, podendo dar margem a incômodos como ansiedade e pânico. Isso, por sua vez poderá afetar mais a taxa e a profundidade da respiração e intensificar os sintomas (POLDEN; MANTLE, 1993).

Já se sabe há longo tempo que a hiperventilação materna, ao produzir alcalose respiratória na mãe, pode levar à alcalose respiratória fetal. A redução em PCO₂ materna e fetal está associada com a queda correspondente em PO₂ fetal (ARTAL; WISWELL; DRINKWATER, 1999, p.191).

Bachman (2002) acrescenta que no primeiro estágio, as técnicas respiratórias proporcionam o relaxamento dos músculos abdominais, e conseqüentemente, aumentam a cavidade abdominal que, por sua vez, diminui a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal durante as contrações. Os músculos da área genital também ficam mais relaxados pois não há interferência na descida do feto. No segundo estágio, usa-se a respiração para aumentar a pressão abdominal, auxiliando, assim, a expulsão do feto e também pode ser usada para prevenir a expulsão precipitada da cabeça fetal. Entretanto, mesmo que essa tecnologia do cuidado seja bastante utilizada para o parto, não existem regras fixas, a adaptação varia de mulher para mulher e ao longo do trabalho de parto.

Outra tecnologia muito apreciada é a massagem na indução do relaxamento e alívio da dor. É uma das tecnologias recomendadas pela OMS: “Com freqüência, toques ou massagens por um acompanhante são técnicas que auxiliam as mulheres a suportar a dor (...)” (OMS, 1996, p.14).

A massagem pode ser de grande valia para a gravidez como para o parto. Para muitas pessoas não há nada mais reconfortante e relaxante que o toque de outra pessoa. Você pode se surpreender com o poder mágico e curativo que suas mãos possuem. Com o toque expressamos o amor e o afeto entre as pessoas, e podemos também lançar mão efetivamente da massagem para alívio em nós mesmos, ou em outras pessoas, de dores e tensões musculares desnecessárias. A massagem é uma arte que precisa ser cultivada e o único modo de aprendê-la é explorando e experimentando. Existem vários tipos de massagem “intuitiva”, sem usar nenhuma técnica específica. É sempre bom lembrar que algumas mulheres adoram ser massageadas durante o parto e acham que isso alivia as dores, enquanto outras não querem nem que chegue perto. No entanto, quase todas as mulheres poderão se beneficiar da massagem durante a gravidez ou depois do parto (BALASKAS, 1993, p.125).

Polden e Mantle (1993, p.106) complementam a idéia de Balaskas ao dizerem que “um simples toque pode comunicar uma sensação de companhia, carinho e de compartilhamento, principalmente quando recebido do companheiro”.

Durante a massagem são gerados impulsos nervosos em determinadas regiões do corpo que vão competir com as mensagens de dor que estão sendo enviadas ao cérebro, reduzindo estas sensações. São impulsos nervosos diferentes, competindo pelos mesmos receptores do cérebro. A massagem pode ser aplicada nos pés e nas mãos, nas costas (na altura da borda superior da bacia), nos ombros, no pescoço, na barriga, nos braços e nas pernas. Funcionam como técnicas de relaxamento e de alívio da dor, além de proporcionar sensação de apoio físico e companheirismo (DUARTE, 2007).

Exercícios de alongamento e fortalecimento da musculatura do períneo também são tecnologias utilizadas para preparar a mulher para o trabalho de parto e parto. O alongamento é um exercício de tonificação muscular, favorecendo a flexibilidade ou mobilidade. Pode, desta forma, ser benéfico na gravidez ao manter a postura adequada e evitar a dor lombar e, depois do parto, facilitar a recuperação. Já os exercícios de fortalecimento da musculatura do períneo foram originalmente prescritos para aumentar a elasticidade e tonicidade do assoalho pélvico, além de oferecer grande vantagem para o período pós-parto, pois podem ajudar os músculos a voltar a sua condição pré-gestacional (ARTAL; WISWELL; DRINKWATER, 1999). São exercícios que favorecem o balanço pélvico, aliviam a dor lombar baixa na gestação e durante o trabalho de parto (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Os exercícios de fortalecimento da musculatura do períneo são recomendados tanto na fase gestacional quanto na pós-gestacional, pois o períneo insuficiente pode levar a incontinência urinária de esforço, disfunção sexual e outras complicações. Importante lembrar que os exercícios para esta musculatura aumentam a circulação das vísceras pélvicas, mantendo os orifícios da uretra, reto e vagina fechados (BARACHO, 2007).

Esses exercícios são feitos em decúbito lateral, de cócoras, em pé ou com o uso da bola suíça. A bola suíça é um dos instrumentos ideais para os movimentos no treinamento dos músculos do assoalho pélvico. A posição sentada na bola favorece o balanço pélvico, que proporciona o alívio da tensão muscular. A posição de joelhos apoiada na bola sobre os braços favorece a dilatação, melhora a circulação e contribui para a abertura e expansão do estreito superior (JICA, 2000). Os exercícios com a bola suíça, especialmente na posição sentada, são utilizados para exercitar as várias estruturas musculares e para melhorar a percepção sensorial dos músculos do assoalho pélvico, estimulando a circulação e massageando o períneo. São as características da bola, sua forma esférica e elasticidade singular, que facilitam essa estimulação (CARRIÈRE, 1999).

Também destacamos a deambulação e a mudança de posição no trabalho de parto. Muitos autores mostram vantagens potenciais da movimentação durante este período. Mamede (2005), em sua tese de doutorado intitulada “O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto”, faz uma revisão de literatura sobre a deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto. Nela aponta vários benefícios para a mãe e filho, tais como a diminuição da dor durante as contrações, diminuição do tempo de trabalho de parto, mais conforto à parturiente e redução do risco de sofrimento fetal. Essas evidências nos permitem concordar que a liberdade de posição e deambulação da parturiente em todo o

desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas e que devem ser encorajadas.

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002) e Balaskas (1993) citam várias posições que podem ser incentivadas durante o processo de nascimento: posição sentada com as pernas cruzadas ou abertas, de cócoras, de joelhos, de quatro, sobre as mãos e os joelhos, entre outras. Essas posições aliviam a dor lombar, diminuem a fadiga, melhoram o fluxo sanguíneo, aumentam o estreito pélvico, além de proporcionar conforto para a parturiente, conforme citado acima por Mamede (2005).

O banho de chuveiro com água quente é outra medida não-farmacológica que promove o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto. A flutuação da água aquecida libera a tensão dos músculos. A OMS recomenda banhos de chuveiro: “Para muitas mulheres, um banho de chuveiro ou de imersão diminui a dor”(OMS, 1996, p.14).

O alívio do desconforto e o relaxamento geral do corpo que a dor produz reduzem a ansiedade da mulher que, por sua vez, diminui a produção de adrenalina. Isso desencadeia um aumento nos níveis de ocitocina (para estimular o parto) e de endorfina (para reduzir a percepção da dor). Não há limite para o tempo de permanência da mulher no banho, e ela é incentivada a permanecer nele o quanto desejar (BACHMAN, 2002, p. 319).

Por fim, outro método destacado é a música. Esta tem como propriedade relaxar e gerar um ambiente harmonioso, pois o ritmo e o tom da música criam uma sintonia entre mãe e filho. Para Bonomi (2002), os sons corporais da mãe, como os batimentos cardíacos, a respiração e os ruídos do processo digestivo, precisam entrar em sincronia baseada no ritmo e na frequência da música ouvida e, dessa forma, poder estabelecer compatibilidades harmônicas com o filho. A OMS também recomenda o “(...) uso da música para apoiar a parturiente (...). Muitas mulheres consideram tais práticas úteis, e elas não são perigosas (...)” (OMS, 1996, p.14).

Bachman (2002) relata também que a música pode favorecer o relaxamento durante o parto. Segundo eles, o uso dos fones de ouvido pode aumentar a eficácia da música porque alguns sons produzidos no pré-parto ou em torno da parturiente podem não distraí-la ou até serem fatores estressantes. As mulheres devem ser encorajadas a trazer gravadas as músicas de sua preferência para a maternidade.

Para algumas mulheres, a música é relaxante, para outras pode ser fonte de perturbação. Por isso o importante é que cada mulher escolha se quer ou não a música, quando e quais músicas devem ser tocadas durante o processo de nascimento.

Sendo o pré-natal um momento propício para o desenvolvimento dessas tecnologias do cuidado, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental como facilitador deste processo. De acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e protocolos do Ministério da Saúde Brasileiro, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira. Cabe à enfermeira realizar consulta e prescrição de enfermagem, assistir à gestante, parturiente e puérpera, realizar atividades de educação em saúde e até prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e regulamentados por protocolos municipais e da instituição de saúde (BRASIL, 2007).

No pré-natal a (o) enfermeira (o) deve ficar atenta (o) para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. A (o) profissional enfermeira (o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado (RIOS; VIEIRA, 2007, p. 3).

A enfermagem tem um papel fundamental no acolhimento e preparação para o Parto. “A enfermeira deve, acima de tudo, ter uma atitude de escuta, de diálogo aberto, de acolhimento da grávida, da sua gravidez e dos seus ideais, ter uma atitude de ajuda e empatia” (COUTO, 2004, p. 8). Compete à enfermagem resgatar as potencialidades da gestante, da família e daqueles que a cercam, visando torná-los capazes de utilizar os recursos afetivos, físicos, educativos sociais e econômicos de que dispõem. (COUTO, 2004). Para que estas formas de atuar se concretizem o enfermeiro deve mostrar-se disponível, presente, aberto amável, estabelecer uma comunicação e interação efetiva, oportunizar espaços de trocas e transações que contemplem as necessidades e questionamentos das gestantes, surgidas durante o processo de nascimento. A competência técnico-científica e a preparação psicológica também são essenciais para o desempenho do profissional da enfermagem.

A divulgação e difusão por parte das enfermeiras de tecnologias que favoreçam o fortalecimento das capacidades dos envolvidos no processo de nascer, a promoção de autoconfiança e o estímulo para se cuidarem podem contribuir para um trabalho de parto mais fácil, rápido, menos traumático e estressante e a vivência do processo de nascimento com segurança, tranquilidade e prazer. É essencial para que a mulher assuma o protagonismo do processo de nascer e possa assumir a responsabilidade por sua vida e saúde.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceito

Entendemos como referencial teórico um conjunto de conceitos e pressupostos que buscam interpretar e explicar o mundo que nos cerca e nos auxilia a guiar nossas ações. É um conhecimento sistematizado que permite um olhar específico para uma determinada realidade (ZAMPIERI, 2001).

Escolhemos trabalhar com a Teoria de Imogene King e alguns conceitos de outros autores. Para tanto, utilizamos os conceitos de ser humano, enfermagem, self, interação, transação, comunicação, percepção, além de processo educativo e tecnologias do cuidado. A inter-relação destes conceitos deu origem a pressupostos que guiaram a nossa prática assistencial e nos auxiliaram na compreensão de questões sobre o processo de ser e viver das gestantes e dos familiares e, conseqüentemente, no desenvolvimento do processo educativo. Discutiremos a seguir sobre a teoria de King, seus conceitos e pressupostos.

4.2 A Teoria de Imogene King

Segundo George (1993), Imogene M. King nasceu em 1923 e formou-se Enfermeira em 1946. Em 1948 conquistou o grau de Bacharel em educação em Enfermagem, em 1957 o grau de Mestre em Enfermagem e o PhD em 1961.

Imogene King adquiriu experiências como administradora, educadora e profissional de enfermagem, e publicou livros entre eles “A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process”, em 1981, no qual apresenta uma estrutura conceitual em que liga conceitos importantes para a enfermagem, dentro dos sistemas de atendimento à saúde. Apresenta uma teoria de consecução de metas derivada de uma estrutura conceitual de sistemas abertos. Esta estrutura é formada por três sistemas que interagem entre si, os sistemas pessoais, os sistemas interpessoais e os sistemas sociais (GEORGE, 1993).

Os indivíduos integram um tipo de sistema no meio ambiente, chamado de sistemas pessoais. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades e pequenos e grandes grupos, os quais constituem outro tipo de sistema, chamado de sistemas interpessoais. Os grupos com interesses especiais e

necessidades formam organizações, os quais formam comunidades e sociedades e são chamadas de sistemas sociais (KING, 1981, p.149).

Cada um destes sistemas apresenta conceitos relevantes. Para os sistemas pessoais, são essenciais: percepção, *self*, ser humano, papel, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, tempo e espaço. Nos sistemas interpessoais, os conceitos relevantes são: interação, comunicação, transação, papel e estresse. E nos sistemas sociais, utilizam-se os conceitos de organização, autoridade, poder, status e tomada de decisões (KING, 1981).

Imogene King, em sua teoria de Consecução de metas desenvolve todos os conceitos acima citados, porém elegemos aqueles que melhor se adaptaram ao trabalho e objetivos propostos para guiar nossas ações.

4.3 Conceitos da Teoria

4.3.1 Ser humano

Para King (1981), os seres humanos são seres sociais, conscientes, sensíveis, racionais, perceptivos, que se relacionam, têm objetivos e que estão orientados para a ação e para o tempo. São na concepção de Zampieri (1998), embasados em Imogene King, seres plurais e singulares, com percepções que divergem de acordo com suas experiências de vida, valores, crenças, contexto em que vivem, estilo de vida e *self*. São seres que se comunicam entre si e com o ambiente de forma verbal ou não, interagem para estabelecer transações e alcançar seus objetivos. Tem direito a receber informações sobre a sua saúde e sobre as etapas transacionais ou não do desenvolvimento humano. Neste processo transformam-se e crescem. Segundo King (1981), tem a capacidade de perceber, de pensar, de selecionar alternativas entre diferentes situações, de fixarem objetivos e buscar meios para alcançá-los e tomar decisões.

Os seres humanos possuem três necessidades fundamentais de saúde: (1) a necessidade de informações de saúde que sejam úteis na época certa e que possam ser utilizadas, (2) a necessidade de atendimento que prevenção da doença e (3) a necessidade de atendimento, quando os seres humanos serem incapazes de ajudar a si mesmos (KING, 1981 apud GEORGE, 1993, p. 182).

As experiências passadas e a consciência do presente influenciam a forma como os seres humanos atuam e as suas ações futuras. Eles podem recordar acontecimentos do passado, tomar decisões no presente de acordo com estas e planejar como conquistar seus objetivos no futuro (KING, 1981).

As experiências passadas e a consciência do presente influenciam na forma como os seres humanos atuam e nas suas ações futuras. Eles podem recordar acontecimentos do passado, tomar decisões no presente de acordo com estas e planejar como conquistar seus objetivos no futuro (KING, 1981).

Neste estudo, os seres humanos são as mulheres, enquanto gestantes, parturientes e puérperas, usuárias da unidade local de saúde dos Ingleses, que juntamente com seus familiares vivenciam uma experiência transacional e especial, o processo de nascimento. Também são seres humanos a enfermeira e as acadêmicas de enfermagem que atuam como facilitadoras do processo.

As gestantes/parturientes/puérperas e familiares são seres sensíveis, dinâmicos, plurais e únicos que estão abertos para interagir e compartilhar com os profissionais de saúde. São seres que passam por profundas modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais, e alteração de papéis, tornando-se além de mulher, filha, esposa ou companheira e mãe. Elas apresentam percepções, informações, valores, crenças e experiências sobre este momento singular, adquiridas ao longo dos anos por meio de interação consigo, com outras pessoas e com o ambiente social em que vivem. Situações ocorridas durante o nascimento das gestantes, em sua infância ou adolescência podem influenciar o processo de gestação e de nascimento, ora vivenciado.

Além disso, as gestantes podem interagir com os profissionais de saúde na consulta, visita e atendimento domiciliar e nas atividades educativas. Estas interações e transações podem contribuir para o fortalecimento de suas capacidades e potenciais para a condução do processo do nascimento de forma prazerosa, agradável e segura e para o seu crescimento pessoal.

A enfermeira é um ser humano único, sensível, racional com percepções próprias sobre a saúde e a vida que podem convergir ou não com as das gestantes. Necessita, desta forma, ter um olhar atento e diferenciado para as percepções e anseios desta clientela para que possa prestar um cuidado de acordo com suas reais necessidades. Desempenha um importante papel na assistência as gestantes/parturientes/puérperas e seus familiares em todos os cenários da atenção ao pré-natal, especialmente na educação individual e coletiva. Através de formação de vínculos, a enfermeira troca idéias, conhecimentos e percepções, que podem

contribuir para fortalecer as potencialidades das mulheres, enquanto gestantes/parturientes/puérperas para que exerçam seu protagonismo durante o processo de nascimento. Ao compartilhar informações sobre saúde de forma personalizada, partindo das necessidades e conhecimentos da clientela, a enfermeira estimula e valoriza a participação ativa no processo de nascimento e ambas atendem aos objetivos do cuidado.

As acadêmicas de enfermagem também são seres humanos únicos, que interagem com o meio ambiente e com as pessoas e contexto em que vivem. Possuem experiências, conhecimentos e percepções particulares e vivenciam uma nova realidade enquanto estudantes. São seres com expectativas e ansiedades em relação ao trabalho que estão desenvolvendo e têm buscado se preparar para desempenhar um cuidado de enfermagem científico e sensível às gestantes/parturientes/puérperas e seus familiares. Acreditam que a mulher é quem deve conduzir e decidir sobre as ações que envolvem o processo de nascer e que as tecnologias de cuidado podem contribuir para facilitar o trabalho de parto e parto.

4.3.2 Percepção

A percepção é mostrada como o conceito principal de um sistema pessoal, o conceito que influencia todos os comportamentos ou ao qual todos os outros conceitos estão ligados. As características da percepção são a de ser universal ou experimentada por todos; subjetiva ou pessoal; e de ser seletiva para cada pessoa, o que significa que qualquer situação será vivenciada de uma maneira única por cada um dos indivíduos envolvidos. Percepção tem a ação orientada para o presente e baseia-se na informação disponível. (KING, 1981 apud GEORGE, 1993, p. 176).

King (1981), citada por Moreira e Araújo (2002), reforça ainda o conceito de percepção dizendo que esta é uma representação do real de cada ser humano. É universal, pois todos têm percepção, mesmo que seja subjetiva, pessoal e seletiva e que está voltada ao presente, sendo baseada na informação disponível. As autoras ainda trazem que o conceito de percepção é extremamente importante às enfermeiras, pois permite obter e interpretar informações.

King (1981) ainda enfatiza que a percepção é o processo de organizar, interpretar e transformar a informação dos dados sensoriais e memória. É um processo de transações humanas com o meio ambiente, que dá sentido as experiências do indivíduo, e que representa sua imagem da realidade e influencia na sua conduta. A percepção se relaciona com as

experiências, com o significado de *self*, com a herança biológica, antecedentes educativos e com os grupos socioeconômicos.

Para a teórica, a percepção é um conceito muito importante na interação entre a enfermeira e o paciente. É fundamental que o estresse, ansiedade e necessidades sejam valorizados, para que o cuidado possa ser planejado de acordo com as informações obtidas. A percepção pode ser modificada de acordo com o estado emocional, doenças, ambiente, dor, e cabe ao enfermeiro estar atento a estas modificações, para que o cuidado possa ser realizado de acordo com estes aspectos.

O processo de nascimento é vivenciado de formas diferentes por cada gestante, e isso se deve ao fato de cada uma delas ter uma percepção particular deste momento único. As experiências, interações com outras pessoas, gestantes, familiares profissionais e com o ambiente são fatores importantes que contribuem para a percepção das mulheres, sobre a gestação, parto, trabalho de parto e nascimento, podendo ora encará-los como situações patológicas que necessitam intervenções médicas ou como situações saudáveis e normais que podem ser conduzidas pela mulher, apoiadas pela família e profissionais (ZAMPIERI, 2001).

Acreditamos que para o estabelecimento de uma interação efetiva, é preciso que as percepções das gestantes e seus familiares sobre o processo de nascimento sejam consideradas plenamente, pois a partir delas é possível desenvolver um processo educativo voltado para suas necessidades, contemplando informações e conhecimentos que propiciem o papel ativo da mulher e favoreçam a vivência do processo de nascimento de forma segura, tranqüila e prazerosa.

4.3.3 Self

O *self* é um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é e do que é. O *self* de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela pode chamar de seu. O *self* inclui, entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. O *self* é o ambiente subjetivo completo de uma pessoa. Trata-se de um centro distinto de experiência e significado. Ele constitui o mundo interior de uma pessoa, como distinto do mundo exterior que consiste em todas as outras pessoas e coisas. O *self* é o indivíduo tal como conhecido pelo próprio indivíduo. É aquilo a que nos referimos, quando dizemos “Eu” (JERSILD, 1952 apud KING, 1981, p.39).

Neste projeto, consideramos que todos têm o seu *self*, tanto as mulheres, na condição de gestantes/parturientes/puérperas, como seus familiares, as enfermeiras e as acadêmicas de enfermagem. Entendemos que cada um tem o seu mundo particular, o seu “eu” próprio, a sua vida interior e pessoal. Concordamos com Zampieri (1998), quando refere que a diversidade em função do *self* de cada ser humano é o que torna estes seres humanos tão interessantes.

Durante a gestação a mulher, influenciada pela cultura e educação que ao longo dos anos pouco valorizou a mulher e seus potenciais, pode construir um sistema de idéias, de crenças e valores de que não é capaz de conduzir o processo de nascimento, mesmo com suporte emocional e educativo proporcionado pela rede de apoio formada por familiares e profissionais. Assim, pode demonstrar um grande receio e medo de assumir a condução da gestação, do parto e cuidados com o recém-nascido, o que se reflete em tensão, medo e estresse.

Considerando estes aspectos, é fundamental que a enfermeira ajude as gestantes na percepção e fortalecimento de seu *self* e mostre a elas que podem desenvolver as habilidades e potencialidades desejadas e necessárias, assumir a responsabilidade pelo processo e alcançar o equilíbrio consigo, com as outras pessoas e com o meio em que estão inseridas, permitindo o pleno desenvolvimento das atividades e a vivência das etapas do processo de nascimento de forma mais tranqüila e prazerosa.

4.3.4 Comunicação

O idioma comum funciona em uma sociedade para facilitar a cooperação entre indivíduos. O patrimônio cultural humano nasceu do desenvolvimento gradual da linguagem. Através da linguagem pessoas passam experiências de geração para geração. As palavras são símbolos que representam os pensamentos dos homens e apresentam distintos sentidos e significados para as pessoas (KING, 1981). A transmissão da informação é essencial para ocorrer uma boa comunicação. No entanto, muitas vezes os indivíduos têm a tendência de ouvirem o que querem, mas não ouvem o que o outro realmente quer dizer, dificultando a comunicação. A forma como interpretamos as palavras ou outras formas de expressão depende de nossas percepções sobre as situações de vida e de saúde, de nosso *self* e das interações no nosso cotidiano; pode gerar entendimento ou não, propiciar interações ou transações ou impedi-las. As pessoas que são incapazes de ouvir ou de falar podem ter dificuldade de compreensão, de assimilar o que é transmitido, enfim de se comunicar. Outros

fatores que podem provocar uma falha da comunicação são quaisquer tipos de ruídos e a inabilidade para ouvir (KING, 1981).

A comunicação, segundo King (1981) e Zampieri (1998) baseada na teórica, é o processo de troca e intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os seres humanos. Estrutura de sinais e símbolos importantes que dá ordem e significado às interações humanas, incluindo condutas, tanto verbais (linguagem falada), como não verbais (linguagem escrita, desenhos e atividades artísticas, contato físico, postura, expressão facial, aparência física, gestos) divergindo nas diversas culturas, tempos e espaços. A comunicação não verbal pode se dar pelo toque. Para Hall apud King (1981), as reais sensações são comunicadas não verbalmente. A receptora das sensações é a pele. Estudiosos têm indicado que a pele é como um envelope que contém o ser humano. A pele é sensível ao frio, ao calor, a dor, a pressão e transmite emoções.

A comunicação é um processo social fundamental, que facilita as funções ordenadas entre os grupos humanos e a sociedade. É eficaz quando satisfaz as necessidades básicas de reconhecimento, participação e autorealização, devendo acontecer numa atmosfera de respeito mútuo e desejo de compreensão (KING, 1981).

A teórica ainda reforça a idéia ao dizer que é importante ouvir e ser ouvida. Enfermeiras devem oferecer aos clientes oportunidades para se comunicar verbalmente, mas nunca forçá-los, além de evitar assuntos que possam constrangê-los. Em contraposição, assuntos de muito valor para os pacientes ou usuários dos serviços de saúde que não sejam compartilhados pela enfermeira podem muitas vezes ser impeditivos para uma comunicação verdadeira e continuidade das interações. Assim, é necessário oportunizar, estimular e criar espaços para que a clientela possa expressar situações que as incomodam ou que precisam ser compreendidas e aprofundadas.

A gestante/parturiente/puérpera e enfermeira estabelecem uma ligação através da comunicação. A enfermeira utiliza sua sensibilidade para interpretar o que a gestante/parturiente/puérpera deseja saber, através de sua postura, expressão facial, olhar, aparência física, gestos. Além disso, é necessário zelar pela privacidade da gestante/parturiente/puérpera, evitando discutir sobre assuntos que possa constrangê-la. O toque, neste trabalho, pode ser um facilitador na comunicação, pois através dele, a gestante e enfermeira comunicam-se de maneira afetiva estreitando os laços de confiança e carinho.

Neste estudo, a comunicação é fundamental para que ocorram as interações e as transações e, desta forma, o processo educativo. Pode ser estabelecida de forma verbal, não-verbal e escrita. É no momento da interação que ocorre a comunicação efetiva, possibilitando

a troca e a expressão dos sentimentos, dos anseios, das dúvidas e dos questionamentos e, o estabelecimento de transações que propiciam o aprendizado dos seres envolvidos.

4.3. 5 Interação

Interação é definida como atos que ocorrem entre duas ou mais pessoas em presença mútua. É o processo de percepção e comunicação entre os seres humanos e o meio ambiente e entre os próprios seres humanos, manifestado por condutas verbais e não verbais, orientados para o alcance de objetivos. As interações podem revelar como pensa uma pessoa e como ela se sente a respeito da outra; como cada um percebe o outro e o que ele faz, quais são suas expectativas e reação às ações do outro (KING, 1981).

Cada pessoa traz consigo experiências passadas, necessidades presentes, expectativas e objetivos que influenciam as percepções, as interações, transações e metas a serem alcançadas. É através das interações que se estabelecem transações com os outros. As interações são universais, unidirecionais, irreversíveis, dinâmicas e ocorrem em um tempo e um espaço determinado (KING, 1981). É uma relação recíproca, o que significa dizer, que os envolvidos crescem, trocam experiências e conhecimentos, desenvolvem-se pessoalmente e se transformam. Relação em que cada um tem algo para dar para o outro, que outro quer e necessita, sendo facilitada e determinada pela participação ativa de ambos na situação (KING, 1981; ZAMPIERI, 1998).

Neste estudo, interação compreende as relações entre as gestantes/parturientes/puérperas e seus familiares e destes com a enfermeira e as acadêmicas de enfermagem. Nesta relação, as pessoas compartilham pensamentos, valores, crenças, saberes, necessidades, cultura, experiências, percepções e expectativas e buscam a compreensão do seu próprio *self* e do outro. As interações nos possibilitam compreender como as gestantes percebem o seu *self*, quais as suas percepções sobre a gestação, o parto e a saúde; os significados a eles atribuídos, quais as situações que lhes causam medo e estresse e que precisam ser superadas e como podemos atuar em comum acordo com elas e ajudá-las a desenvolver seus potenciais, sem desrespeitar suas crenças e valores. Possibilita-nos compreender quais as contribuições e benefícios de compartilharmos conhecimentos sobre o processo de nascimento e sobre as tecnologias do cuidado. Ao interagir, podemos estabelecer transações importantes para o aprendizado mútuo, dando continuidade ao processo educativo.

4.3.6 Transação

Segundo King (1981), transação é um processo de interações em que seres humanos se comunicam entre si e com o ambiente para atingir metas que tenham valor. São condutas humanas voltadas para objetivos. As transações são únicas, pois cada indivíduo percebe sua própria realidade de forma diferente, baseado em suas próprias percepções. Elas têm dimensões espaciais e temporais. Cada um interage consigo mesmo e com os outros e com o meio ambiente, buscando conhecimentos comuns, a fim de alcançar os seus objetivos. As transações são um intercâmbio de coisas valiosas que implica conferir poder, negociar, fazer trocas e acordos. Quando as pessoas interagem ocorrem transações e estas são cooperativas e recíprocas (KING, 1981).

Neste estudo, as transações compreendem os acordos estabelecidos entre gestantes/parturientes/puérperas, familiares, enfermeira e acadêmicas de enfermagem. As tecnologias do cuidado foram propostas a partir do conhecimento, dos valores e aceitação das gestantes e familiares e foram implementadas de acordo com sua escolha. Posteriormente foi verificado se as tecnologias de cuidado proporcionaram algum benefício ou contribuição à mulher durante o processo de nascimento. Essas transações ocorreram quinzenalmente com cada gestante selecionada e seus familiares que optaram participar.

Entendemos que a transação propicia o desenvolvimento pessoal e social, além de ser um fator essencial para que se estabeleça o processo educativo, pois envolve o compartilhamento de coisas valiosas para as pessoas que interagem e querem atingir um objetivo comum. Quando acontecem as transações, as tensões ou o estresse podem diminuir, pois as informações se organizam e as decisões são tomadas em parceria. Neste estudo foram estabelecidos acordos com as gestantes, através das interações realizadas, socialização de conhecimentos sobre o processo de nascer e tecnologias, buscando torná-las mais seguras e tranquilas neste momento e facilitar sua atuação como protagonistas no processo de nascimento. No pós-parto foi identificado se este processo trouxe contribuições, na ótica destas mulheres e se estes benefícios atenderam nossas expectativas.

4.3.7 Enfermagem

Enfermagem é uma profissão do cuidado segundo King (1981), sendo que este cuidado é um fenômeno complexo, dinâmico, flexível, criativo, que envolve interações e transações humanas. Neste processo, os seres envolvidos cuidam e são cuidados

simultaneamente. A enfermagem é uma profissão que tem por finalidade promover e favorecer o equilíbrio de ser humano consigo, com os outros e com o meio em que está inserido. Objetiva, também, ajudar os seres humanos a desenvolverem as suas potencialidades e a enfrentarem as suas dificuldades, estimulando a capacidade de agir e decidir. Este processo favorece, ainda, que estes se tornem partícipes do processo de saúde, possibilitando-os a vivência saudável das diversas situações consideradas como doença, caracterizando, assim, o viver bem.

Segundo Zampieri (1998), a enfermagem é uma profissão, pela qual se estabelece uma relação ética, criativa, compartilhada, podendo ser terapêutica. Terapêutica, na medida em que auxilia os seres humanos a enfrentarem situações de estresse e crise. Compartilhada, uma vez que propicia a troca de experiências, conhecimentos, emoções, sentimentos, energia e idéias, de forma criativa. Ética, por primar pelo respeito à individualidade, às crenças e valores do ser humano e pelo estabelecimento de compromissos que possibilitem o crescimento e transformação da clientela, protegendo, preservando e aumentando a sua dignidade.

É processo de ação, reação e interação, na qual enfermeiro e cliente compartilham informações a respeito de suas percepções em situação de enfermagem e juntos tomam decisões e procuram solucionar problemas (KING, 1981). Tem a finalidade ajudar os indivíduos ou seres humanos desenvolver suas potencialidades, tornando-os responsáveis pela sua saúde. Inclui a promoção, a manutenção e recuperação de saúde e prevenção de doenças.

Para desenvolver um bom trabalho, a enfermeira deve usar seus conhecimentos e habilidades, estar atualizada para ajudar indivíduos ou grupos com problemas existenciais e aprender maneiras de improvisar na sua rotina. Estresse, tristeza, ansiedade, desejos, esperança fazem parte do cuidado enfermagem em toda sua complexidade (KING, 1981).

O método usado pela maioria dos enfermeiros para planejar, implementar e avaliar o cuidado é chamado processo de enfermagem”(YURA AND WALSH apud KING, 1981, p. 9). Segundo King (1981), mediante processo de enfermagem, a enfermeira busca maior conhecimento sobre o ser humano na sua integralidade, sobre as situações de estresse e crise que eles vivenciam.

A enfermeira, quando interage com a gestante, percebe quais são seus medos, dúvidas, ansiedades, experiências. Através desta interação, a enfermeira é capaz de conhecer as necessidades, expectativas e dúvidas e cuidar da mulher grávida, parturiente e puérpera respeitando a individualidade destas. É capaz também de compartilhar informações sobre a gestação, parto e pós-parto, criar em comum acordo com estas mulheres maneiras para

diminuir o estresse, estimula-las a tomar decisões em relação a sua saúde e desenvolver ações que favoreçam o equilíbrio consigo, com os outros e com o meio em que estão inseridas.

Neste estudo, consideramos que a enfermagem tem importante papel no desenvolvimento do cuidado pré-natal às gestantes de baixo risco, estimulando, fortalecendo-as, possibilitando a elas resgatarem a responsabilidade por sua saúde e papel principal no processo do nascimento. Partindo das percepções das gestantes, é possível desenvolver um cuidado mais sensível através de processos educativos, utilizando tecnologias do cuidado, na perspectiva de promover um trabalho de parto, parto e puerpério mais tranquilo e prazeroso.

4.3.9 Tecnologias do cuidado

“Tecnologias do cuidado são representadas por técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado” (NIETSCHE, 2000 apud CAETANO; PAGLIUCA, 2006, p. 242).

Para Maldonado (2000), estas técnicas têm como principal objetivo prevenir ou reduzir a dor, auxiliando a mulher a dar a luz de forma mais consciente com um mínimo de analgesia ou anestesia. Para tal, segundo a autora, utilizam-se informações para a redução da ansiedade e medo do desconhecido; exercícios físicos para fortalecer e preparar grupos musculares, melhorando assim o estado físico geral durante a gestação e conseqüentemente facilitando o uso desta musculatura no trabalho de parto; exercícios respiratórios para serem utilizados durante as contrações e; exercícios de relaxamento para facilitar a concentração da mulher.

Neste estudo, as tecnologias do cuidado são entendidas como, recursos complementares, ações terapêuticas ou métodos não farmacológicos e técnicas corporais utilizadas na perspectiva de favorecer a participação ativa da mulher no processo do nascimento. Constituem-se de exercícios respiratórios e de conscientização corporal, relaxamentos, exercícios de alongamento, fortalecimento da musculatura do períneo, atividades com a bola suíça, massagens, deambulação, alterações de posições, banhos de imersão e de chuveiro, música ambiente, mudanças do ambiente (penumbra), entre outros. Estas ações serão estimuladas e compartilhadas com as gestantes, na perspectiva de auxiliá-las na diminuição dos desconfortos e das sensações dolorosas, no conhecimento dos seus potenciais e de seu corpo. Buscam auxiliar a vivência do processo de nascimento, que envolve questões culturais, psicológicas, fisiológicas, sociais e pessoais, percepções das gestantes e de seus familiares, e também minimizar o estresse, os desconfortos e medos.

Por meio da interação entre as acadêmicas, gestantes e familiares, é possível compartilhar e propor estas tecnologias, conhecer aquelas desejadas pelas mulheres, colocá-las em prática e saber quais as contribuições que poderiam trazer para as gestantes durante o processo de nascimento.

Estes recursos complementares serão implementados com a finalidade de proporcionar à gestante e seus familiares o fortalecimento de seus conhecimentos e aumento de sua confiança para que, se desejarem, possa assumir o protagonismo do processo de nascimento.

As tecnologias promovem o autocuidado, aumentam a consciência corporal e quando efetivas, contribuem para o alívio dos desconfortos, e propiciaram uma vivência mais plena da gravidez, com benefícios diretos para a gestante, seu filho e família (HOGA; REBERTE, 2006).

4.3.10 Processo Educativo

Educação é uma dimensão do processo de cuidar. É um processo flexível, dinâmico, complexo, social, histórico, reflexivo, que se constrói a partir das interações entre seres humanos, no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas, uma vez que cada ser interage, o faz com suas idéias, valores, atitudes, e experiências. É um processo estético, ético, criativo, que possibilita ao ser humano diverso e singular, no âmbito individual e coletivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia sobre as suas ações, tornando-se sujeito das situações vivenciadas. Pode ser terapêutico, pois facilita o enfrentamento de situações de estresse e crise, favorecendo viver de forma saudável a gravidez. É um processo, no qual se estabelecem transações para o alcance de metas, com participação ativa dos envolvidos, no qual aqueles que participam desta experiência crescem pessoalmente e transformam a si e ao meio em que estão inseridos. Finalmente, é um processo que envolve e exige disponibilidade, respeito, capacidade de ouvir, afetividade, confiança, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade. (ZAMPIERI, 1998, p.69, 70).

Neste estudo o processo educativo foi estabelecido, principalmente, pela interação entre as gestantes/puérperas e familiares e acadêmicas de enfermagem e resultou na construção coletiva da transação de saberes, idéias e conhecimentos entre os participantes deste processo. Envolveu e exigiu disponibilidade, respeito, capacidade de ouvir, afetividade, confiança, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade.

Compreendendo que o processo educativo deva ser flexível e dinâmico cremos que foi importante o a flexibilidade de horários e do número de encontros. Assim sendo, desde o início passamos a estabelecer acordos com os participantes agendando datas e turnos que eram do interesse e atendiam as expectativas destes.

Por acreditarmos em um cuidado de enfermagem mais sensível às necessidades da gestante, buscamos perceber quais as tecnologias do cuidado mais apropriadas para a realidade de cada gestante, seu contexto familiar, suas necessidades e expectativas e aquelas que respeitem seu *self* e valorizem seus conceitos, idéias e crenças. Desta forma, coube a gestante escolher entre as tecnologias apresentadas aquelas que melhor se adaptassem aos seus anseios.

Além disso, para facilitar a adesão, dar mais conforto e propiciar maior autonomia às gestantes, optamos em propor e desenvolver algumas tecnologias do cuidado nos seus domicílios. No domicílio, as gestantes estão mais à vontade no seu ambiente, podem expressar e mostrar suas reais necessidades. Ademais, a prática educativa neste local poderá contribuir para facilitar a interação e o envolvimento dos demais familiares.

Acreditamos que o processo educativo através do compartilhamento de experiências e conhecimentos sobre a gestação, parto, pós-parto e tecnologias do cuidado pode contribuir para que a gestante adquira novos conhecimentos. Esperamos também que possa desenvolver suas potencialidades e, quiçá, assumir o papel de sujeito da situação vivenciada, sentindo-se mais confiante para enfrentar situações de estresse e crise inerentes a este momento do desenvolvimento humano.

Além disso, acreditamos que este processo educativo pode enriquecer a enfermeira, que poderá crescer pessoalmente e profissionalmente e transformar a si e ao meio em que está inserida.

4.3.10 Pressupostos Pessoais

Os pressupostos consistem de afirmações que explicam os conceitos e proposições, ou seja, afirmações logicamente inter-relacionadas que norteiam a obtenção de dados e análise dos mesmos (GEORGE, 1993). Diante disso elaboramos os seguintes pressupostos pessoais a serem adotados para o desenvolvimento do processo educativo com gestantes e familiares e acompanhamento das puérperas:

As gestantes/parturientes/puérperas e familiares são seres sensíveis, dinâmicos, plurais e únicos, abertos para interagir e compartilhar com os profissionais de saúde.

A enfermeira é um ser humano único, sensível, racional com percepções próprias sobre a saúde e a vida que podem convergir ou não com as das gestantes.

As mulheres enquanto gestantes/parturientes/puérperas interagem com os profissionais na consulta, no atendimento domiciliar e nas atividades educativas, estabelecendo transações.

As interações e transações contribuem para o fortalecimento das capacidades e potenciais das mulheres na condução do processo do nascimento de forma prazerosa, agradável e segura.

A comunicação é fundamental para que ocorram as interações e as transações e, desta forma, o processo educativo.

O processo educativo se dá pela interação e compartilhamento de conhecimentos e experiências entre as gestantes e familiares e acadêmicas de enfermagem.

O processo de nascimento é vivenciado de diferentes maneiras por cada gestante, uma vez que cada uma delas tem uma percepção particular deste momento único.

As tecnologias do cuidado (exercícios respiratórios e de conscientização corporal, relaxamentos, exercícios de alongamento, fortalecimento da musculatura do períneo, atividades com a bola suíça, massagens, deambulação, alterações de posições, banhos chuveiro, música) são recursos que podem contribuir para que a mulher, na condição, de gestante, parturiente e puérpera, promova o seu autoconhecimento e fortaleça seus potenciais e, assim, possa ter uma vivência mais ativa do processo de nascimento.

5. METODOLOGIA

5.1 Contextualização do campo de estágio

O estudo foi desenvolvido no município de Florianópolis, na área de abrangência da Unidade Local de Saúde (ULS) do bairro Ingleses, localizada na Rua Travessa dos Imigrantes, nº 135 (ANEXO I) e nos domicílios das gestantes participantes. Além disso, foi desenvolvido no Hospital Universitário (HU), onde algumas gestantes foram acompanhadas durante o trabalho de parto e parto.

A Unidade dos Ingleses faz parte da Regional Norte, juntamente com Jurerê, Ponta das Canas, Ratonas, Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena. A população dos Ingleses conta com 19.631 habitantes (IBGE, 2000).

Segundo a Enf^a do PSF, supervisora do estágio, a área de abrangência da ULS dos Ingleses é dividida em cinco áreas e trinta microáreas (ANEXO II). Para o atendimento da população, são disponíveis cinco equipes da Saúde da Família, cada uma composta por um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários e um médico.

Os serviços prestados e o número de funcionários estão descritos no quadro a seguir:

Quadro 1: Distribuição dos funcionários segundo suas funções

Função	Número de funcionários
Enfermeiros da Família	5
Médicos da Família	5
Ginecologista-obstetra	1
Pediatra	1
Clínico geral à noite	1
Estagiários Administrativos	2
Telefonista	1
Limpeza	2 terceirizados
Vigilantes	2
Dentistas	2
Auxiliar de consultório odontológico	2
Auxiliares de Enfermagem	2
Técnicos de Enfermagem	7
Agentes Comunitários de Saúde	25

Fonte: Entrevista realizada pelas acadêmicas da oitava fase curricular do curso de graduação em Enfermagem – UFSC com a Enf^a Supervisora.

A ULS está localizada próxima ao centro de Ingleses, sendo que sua infraestrutura é composta por: seis consultórios, três salas de espera, uma área de recreação, uma sala de odontologia, uma sala de teste do pezinho, uma sala de vacina, uma farmácia, uma recepção, uma central de marcação, um almoxarifado, uma sala de coordenação, dois banheiros masculinos, dois banheiros femininos, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo e uma cozinha.

Na unidade são prestadas ações de atenção básica a toda a população, de acordo com os princípios do SUS: universalidade, a equidade e a integralidade. Isto se dá através da atenção à demanda espontânea e por meio de agendamento, sendo dada prioridade a população de maior vulnerabilidade: gestantes, idosos e crianças. Entre as ações, ofertadas e desenvolvidas temos: a) atenção à mulher, por meio de consulta pré-natal, visitas domiciliares e atividades educativas; consulta para detecção precoce de câncer de mama e prevenção do câncer ginecológico, controle de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e atenção ao climatério nas consultas já realizadas; b) atenção à saúde da criança através da consulta de puericultura, imunizações, teste do pezinho, grupo “Hora de Comer”; c) atenção aos diabéticos e hipertensos através de consultas, hiperdia e grupos educativos; d) atenção à saúde bucal; e) promoção da saúde; f) saúde do idoso; g) atenção à saúde mental; h) atenção ao adolescente por meio de consultas; i) imunização; j) desenvolvimento de atividades educativas e terapêuticas individuais e coletivas; l) controle e notificação de doenças e notificação e vigilância e saúde. Os grupos terapêuticos realizados constituem-se de: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com enfermeiros, ACS com psicóloga, Diabéticos e Hipertensos, Planejamento Familiar, Hora de Comer.

5.2 População alvo

Gestantes de baixo risco que vivenciaram o último trimestre da gravidez e sua família e com estas mulheres no parto e após o parto.

5.3 Questões éticas

No desenvolvimento do trabalho foram respeitados os princípios da Resolução 196/96 que garante uma assistência livre de riscos, o anonimato, a confidencialidade e o

direito de voluntariedade, podendo os envolvidos desistirem de participar do estudo a qualquer momento.

Também foram respeitadas as individualidades, as crenças e os valores da gestante e família. As participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando os objetivos e quem estava realizando o trabalho, garantido o anonimato e autonomia e a possibilidade do participante deixar o estudo no momento que desejasse, além de autorizar a utilização dos dados e a realização de fotografias durante o processo.

Foi garantido aos participantes do trabalho que estes não seriam submetidos a qualquer risco que afetasse a sua saúde ou integridade moral, bem como não seriam emitidos qualquer julgamento nem tratamento diferenciado.

O trabalho foi submetido ao comitê de ética de pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 311/07.

5.4 Planejamento das Ações

Objetivos específicos:

Objetivo 1: Conhecer os saberes, as vivências e experiências das gestantes e família relativos ao processo de nascimento.

Estratégias:

- Fazer o levantamento das gestantes, que vivenciavam o terceiro trimestre, cadastradas no Sis prenatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) registradas na ULS;
- Acompanhar as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira supervisora;
- Convidar as gestantes para participarem do estudo;
- Solicitar consentimento das gestantes para participar do cuidado de enfermagem no pré-natal;
- Realizar consultas de pré-natal, explicitando os objetivos do trabalho às gestantes que vivenciavam o terceiro trimestre;
- Selecionar nove gestantes para desenvolvimento do processo educativo;

- Apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e assinatura; (Apêndice I)
- Realizar entrevista com a gestante e família, no domicílio, aplicando um instrumento para coleta de dados buscando conhecer as vivências, experiências e conhecimentos sobre o processo do nascimento; (Apêndice II)
- Incentivar a mulher e familiares a expressarem suas dúvidas e questionamentos sobre o processo de nascimento.

Objetivo 2: Propor e compartilhar conhecimentos, experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado à mulher grávida e família, buscando aumentar os seus potenciais e favorecer um trabalho de parto e parto tranquilo e prazeroso.

Estratégias:

- Realizar a visita ao domicílio quinzenalmente;
- Selecionar algumas tecnologias do cuidado para desenvolver com as gestantes e família;
- Apresentar as tecnologias de cuidado a gestante e família a fim de conhecer as suas preferências;
- Disponibilizar às gestantes, material ilustrativo expondo as principais tecnologias do cuidado para que elas possam realizá-las em suas casas; (Apêndice III)
- Demonstrar e compartilhar as tecnologias do cuidado com as gestantes e família em seus domicílios;
- Enfatizar a importância de realizar diariamente as tecnologias, de acordo com suas preferências.

Objetivo 3: Conhecer os benefícios da prática educativa na vivência do processo de nascimento pela mulher e família.

Estratégias:

- Acompanhar o trabalho de parto e parto das gestantes na perspectiva de verificar se as tecnologias do cuidado contribuíram para o protagonismo da mulher neste momento. Para tanto, foi entregue à direção da Maternidade Carmela Dutra e do Hospital Universitário uma solicitação para acompanhar estes partos; (Apêndice IV)
- Acompanhar a primeira consulta de puerpério na ULS, para avaliar o processo educativo compartilhado;
- Realizar uma visita à puérpera e família para observar se as tecnologias de cuidado foram utilizadas durante o trabalho de parto e parto e se continuam sendo utilizadas no pós-parto;
- Criar um instrumento para avaliar na primeira consulta de puerpério ou na visita a puérpera, se o uso das tecnologias de cuidado trouxe contribuições para a gestante e a vivência do processo de nascimento, e favoreceu o protagonismo da mulher durante este processo; (Apêndice V)

6. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 INICIANDO O DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A proposta de desenvolvermos um processo educativo com gestantes do terceiro trimestre no seu domicílio, como já falamos, surgiu nas primeiras fases do curso quando percebemos que muitas mulheres que procuravam as maternidades para dar a luz desconheciam o que estava acontecendo com elas durante o processo de nascimento, não sabiam os cuidados que deveriam ser tomados consigo e com o seu corpo, ignoravam a existência de ações ou métodos não farmacológicos para facilitar o trabalho de parto e não estavam familiarizadas com estas tecnologias e ambiente hospitalar. Por outro lado, percebíamos a prática de intervenções desnecessárias por parte da equipe de saúde, que poderiam ser questionadas se as gestantes tivessem um suporte emocional e educacional.

Assim, quando foi proposto o estágio supervisionado na oitava fase surgiu a oportunidade de compartilharmos conhecimentos e experiências, de preenchermos esta lacuna entre a atenção pré-natal e a maternidade, de facilitarmos esta transição tanto para a gestante quanto para seus familiares. Nesta perspectiva, optamos em realizar esta unidade curricular em uma Unidade Local de Saúde, pois acreditamos que é no pré-natal em nível de atenção básica e durante a gestação é que a mulher está mais aberta e motivada para compartilhar suas vivências e experiências e informações.

Escolhemos a Unidade Local de Saúde dos Ingleses para desenvolvermos nosso estágio, pois além de atender uma comunidade numerosa e ter uma grande demanda de gestantes, pertence à área de abrangência das maternidades do Hospital Universitário e da Carmela Dutra. Tendo em vista que um das estratégias do Trabalho de Conclusão de Curso era acompanhar, dentro do possível, o trabalho de parto e parto das gestantes participantes nestas maternidades, teríamos maior facilidade de acesso por serem campos de estágio da Universidade Federal de Santa Catarina.

Antes de iniciar o trabalho, procuramos conhecer a comunidade, identificar as áreas de risco, os recursos disponíveis no local, possibilitando, assim, conhecer o perfil, a realidade e os valores das gestantes e de seus familiares, bem como facilitar o atendimento de

seus anseios e permitir, em co-parceria com esta clientela, traçar um cuidado mais voltado as suas necessidades e possibilidades financeiras.

Através do processo de territorialização, da observação ativa dos moradores da comunidade e dos usuários da Unidade de Saúde, foi possível identificar algumas características desta comunidade. Nela predominam moradores carentes, que dispõem de poucos recursos para a saúde e lazer e que, na sua maioria vive em condições econômicas precárias.

Atendendo a proposta do estágio supervisionado, planejamos realizar de forma gradativa as atividades assistenciais, educacionais e gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros com crianças, adultos, idosos, homens e mulheres, nas diversas faixas etárias, enfocando de modo especial as gestantes.

Paralelamente, estabelecemos algumas estratégias que contribuíssem e facilitassem a implementação da prática assistencial, proposta no trabalho de conclusão do curso, ou seja, o desenvolvimento de um processo educativo, em nível domiciliar com gestantes e seus acompanhantes.

Expusemos a proposta à enfermeira supervisora e discutimos com ela e orientadora a viabilidade do projeto. Em seguida, apresentamos para os demais profissionais da unidade, buscando sugestões e críticas antes de iniciar o trabalho.

Fizemos o levantamento de todas as gestantes cadastradas no SISPRENATAL⁵ que eram atendidas pela enfermeira supervisora do estágio, para conhecermos a demanda da unidade, bem como a distribuição destas na área de abrangência da ULS dos Ingleses. Através deste levantamento verificamos que havia 35 gestantes, número suficiente para desenvolver o trabalho.

Seguindo o cronograma do estágio, realizamos as consultas pré-natais, aproveitando esta ocasião para interagir com estas mulheres, conhecê-las melhor, compreender o processo que estavam vivenciando, acompanhá-las, verificar seu bem-estar e do feto e identificar quais delas atendiam os critérios que havíamos estabelecido para desenvolvermos a prática assistencial.

⁵ O SISPRENATAL é um software desenvolvido pelo Datasus, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde.

À medida que íamos desenvolvendo as consultas, todas com consentimento das gestantes, identificávamos aquelas que vivenciavam o terceiro trimestre de gestação e ao final do atendimento explicávamos a nossa proposta de trabalho e os objetivos, convidando-as para participar da mesma. Desta forma, foram selecionadas seis gestantes.

Contudo, a seleção das participantes não se restringiu apenas às consultas de pré-natal. Ao participarmos de algumas atividades da unidade, entre elas o grupo de gestantes, desenvolvido por um dos Médicos da Saúde Família, duas gestantes mostraram-se interessadas em participar. Após conhecerem os objetivos propostos e estratégias adotadas aceitaram desenvolver o processo educativo.

Devido à repercussão do nosso trabalho, algumas gestantes nos procuraram, por indicação de outras participantes, mas, por não atenderem os critérios, ou seja, serem de baixo risco, vivenciarem o terceiro trimestre e serem da área de abrangência da ULS dos Ingleses, elegemos apenas uma delas. Em suma, foram selecionadas nove gestantes para participarem da prática assistencial.

Conforme convidávamos as gestantes e estas aceitavam, coletávamos seus dados pessoais, como endereço e telefone, para favorecer nossa comunicação. Aproveitávamos este momento para agendar a primeira visita no domicílio, de acordo com as disponibilidades de horários das gestantes e nossas possibilidades. Neste momento já apresentávamos o termo de consentimento livre e esclarecido, explicávamos o seu teor, pedíamos que lessem ou líamos juntas e solicitávamos que assinassem se houvesse concordância. Neste estudo, os nomes das gestantes foram substituídos por nomes de plantas medicinais.

Não encontramos dificuldades para estabelecer estes acordos ou transações, pois contávamos com um período na semana para desenvolver a prática assistencial. Contudo, algumas vezes tivemos que realizar as atividades fora do horário de estágio, a exemplo de uma das gestantes que trabalhava fora do lar. Quase todas as visitas se concentraram no período da tarde.

6.2 CONHECENDO AS GESTANTES DO ESTUDO

Durante as primeiras interações e transações, ficamos atentas ao modo de ser e agir das gestantes, seus gestos, posturas, suas falas, informações oriundas dos diálogos e entrevista que nos auxiliaram no estabelecimento do perfil das gestantes. Assim sendo, descreveremos de forma sucinta algumas percepções e observações relevantes de cada gestante.

Ipê Roxo: Jovem, alegre, comunicativa. Natural de Florianópolis. Expressava-se com muita clareza, demonstrando ser uma mulher forte e decidida. Contou com a participação do marido nas atividades, transparecendo ter uma relação conjugal de muita cumplicidade e confiança. Acolheu-nos de maneira carinhosa. Em todos os momentos de interação, percebíamos que um forte vínculo era estabelecido, aumentando a confiança mútua e interesse, o que facilitava nossas transações. Nos semblantes, percebíamos a satisfação de ambos diante do cuidado diferenciado. Como estavam reformando sua casa, fizemos as atividades na residência da sua sogra, onde fomos muito bem recebidas.

Bálsamo: Carinhosa, meiga, simpática, com um tom de voz constante e suave. Desde o primeiro convite, demonstrou interesse em participar do trabalho. Nas visitas, inicialmente mostrava-se muito ansiosa e preocupada, mas ao final das atividades sempre mudava o semblante, que denotava tranquilidade. Sua casa era pequena, porém aconchegante, o que nos deixava muito à vontade. A participação do companheiro não foi possível em todas as atividades, pelo fato deste trabalhar no mesmo horário da visita. Contudo, em uma das visitas, chegou ao final dos exercícios e mostrou-se interessado em acompanhar para que pudesse incentivar a esposa a fazê-los posteriormente.

Fruta-do-conde: Na primeira visita, interagiu pouco e mostrou-se mais séria e compenetrada. Sentíamos que não estava totalmente à vontade com a nossa presença. Nas visitas subseqüentes, já demonstrou mais confiança, abrindo-se e contando problemas do relacionamento conjugal. Estava mais aberta ao diálogo, fazendo perguntas e sanando dúvidas. É jovem, calma e estudante de educação física. Realizava as tecnologias do cuidado compartilhadas diariamente, evidenciando ter consciência da importância destas atividades e estar aderindo a nossa proposta de trabalho. Sua casa era aconchegante e espaçosa, o que facilitou a prática das técnicas de relaxamento, alongamento, uso da bola e respiração. Em uma das visitas ao domicílio, duas amigas participaram da atividade, contribuindo com vivências e experiências sobre o processo de nascimento. A presença delas foi muito positiva, e ao final, parabenizaram o nosso trabalho.

Fruto-de-sabiá: Natural do Rio de Janeiro; é uma mulher batalhadora e decidida. Na primeira visita, sentimos que estava receosa e que o estabelecimento de uma interação eficaz não havia ocorrido, em virtude da fragilidade do vínculo estabelecido. Porém, nas

visitas seguintes, evidenciamos um crescente clima de confiança. Ela demonstrava no semblante e postura tranquilidade e segurança quando íamos a sua casa e bem-estar ao desenvolvermos o processo educativo. O vínculo tornou-se tão forte ao final dos encontros, que muitos dos seus problemas geradores de preocupação, dentre eles, o financeiro, foram compartilhados. O fato de não ter uma casa ampla e bem estruturada deixava-a também bastante temerosa e estressada, já que não tinha clareza de como organizar o ambiente doméstico após o nascimento do bebê. Sempre demonstrava interesse, atenção e estava sempre aberta às novas informações compartilhadas, expondo suas experiências e vivências em partos anteriores, enriquecendo nossos diálogos. Ficava mais tranqüila quando conversava e com um semblante mais calmo depois de realizar as tecnologias do cuidado. Em todas as visitas era acompanhada pela sua filha mais nova, de 10 anos, que realizava os exercícios igualmente, sempre atenta as informações.

Açucena: Jovem, meiga, sensível. Mostrou muito interesse em participar do trabalho. Recebeu-nos muito bem em sua casa, o que nos deixou tranqüilas. Estava bastante ansiosa e insegura, mas depois de compartilharmos algumas informações, respondermos seus questionamentos e tirarmos suas dúvidas, percebemos que houve maior tranquilidade e confiança em si e que provavelmente tudo transcorreria sem grandes intercorrências. Apesar de realizarmos apenas uma visita, percebemos que um grande vínculo se formou. Mesmo após seu parto, continuamos mantendo contato e sempre que tinha necessidade em esclarecer alguma dúvida nos procurava. Não foi viável a participação de nenhum familiar em virtude de todos trabalharem no período.

Camomila: Sorridente, meiga, calma. Aceitou nosso convite com muita alegria. Mostrou-se receptiva e querida, sempre atenta ao que falávamos. Na primeira visita, sua sogra acompanhou a atividade e realizou os exercícios. Informações, vivências e experiências relativas às duas gestações anteriores foram trocadas, fortalecendo as interações e transações. Demonstrou por meio de algumas falas que o nosso trabalho tinha sido muito importante para a vivência do processo de nascimento e que havia criando uma relação de confiança conosco.

Alamanda: Conhecemo-nos na ocasião em que participamos do grupo de gestantes. Expomos nossa proposta no grupo, fizemos o convite e este foi prontamente aceito. Mostrava em seu semblante grande preocupação em relação ao momento vivido. Na visita,

sentimos que apesar de ter vivenciado um parto anterior, de uma menina de três anos, tinha muitas dúvidas e estava bastante nervosa. Depois de desenvolver as tecnologias do cuidado e esclarecermos algumas dúvidas, notamos que ficou mais tranqüila e alegre. No dia em que estávamos fazendo as atividades, seu marido chegou subitamente em casa. Percebemos que foi um pouco resistente a nossa presença e que logo saiu. O espaço para desenvolver a atividade era pequeno, mas não chegou a dificultar o trabalho, pois procurávamos nos adaptar a realidade vivida pela gestante.

Cajueiro: Jovem, simpática, sorridente, comunicativa e muito expressiva. Quando fizemos o convite para participar da atividade estava acompanhada do marido, que apoiou nosso trabalho e a participação da esposa.

Recebeu-nos muito bem em sua casa. Estava tranqüila e demonstrava pouca preocupação em relação ao parto. Vinha de uma cultura, na qual seus familiares tinham muitos filhos sem enfrentar grandes dificuldades. Depois que esclarecermos algumas dúvidas relativas ao processo de nascimento e técnicas para minimizar os desconfortos, realizamos algumas tecnologias do cuidado de sua escolha. Neste momento, percebemos pouco interesse dela em realizá-las e dificuldade de concentração nos exercícios. Aparentemente tivemos a sensação que não considerou importante esta preparação para o trabalho de parto. Mais tarde ao relatar sua experiência, ficou evidente que se arrependeu de não ter dado atenção ao que compartilhamos em seu domicílio.

Urucum: Simpática, comunicativa e extrovertida. Entrou em contato conosco por indicação de uma amiga, que também havia participado do trabalho. Fomos muito bem recebidas em sua casa, principalmente por sua mãe, que interagiu e trouxe muitas contribuições durante as atividades. Fazia as técnicas (exercícios e relaxamentos) com muita concentração e empenho, e relatava que diariamente procurava praticá-las. Aguardava ansiosamente a chegada do parto, para logo ver o bebê. Sentimos que um forte vínculo foi se formando, tanto com ela quanto com sua mãe. A casa trazia uma boa energia e muita tranqüilidade.

Em todas as visitas no domicílio, verificamos o quão importante era a presença do familiar nas atividades, pois nos permitia conhecer melhor o contexto em que estas gestantes estavam inseridas, e, além disso, auxiliava na compreensão e absorção das informações compartilhadas. Na realidade, o familiar tornava-se um aliado da gestante, dando suporte,

informando e motivando. Foi possível observar que a participação dos familiares foi fundamental. O incentivo destes contribuiu para que as gestantes desenvolvessem os exercícios. Tendo conhecimento sobre os benefícios que as tecnologias do cuidado poderiam proporcionar para o processo de nascimento, reforçavam a necessidade das gestantes praticá-las.

Para aprofundar a interação com todas as gestantes e conhecer seus saberes, vivências e experiências relativos ao processo de nascimento, desenvolvemos um instrumento para coleta de dados, que abordava alguns dados pessoais da gestante, suas percepções sobre a gestação, parto e pós-parto, orientações do pré-natal, conhecimento sobre as tecnologias do cuidado e dúvidas. O questionário foi de grande importância, pois além de direcionar nossa prática, ajudando-nos a desenvolver um cuidado mais voltado para as necessidades destas mulheres e familiares, possibilitou-nos obter um perfil sócio-demográfico e obstétrico desta população.

Com base nos dados socio-demográficos levantados nas entrevistas, identificamos que a maioria das gestantes era jovem, entre 20 e 24 anos, com o ensino médio completo e com alguma ocupação profissional.

6.2.1 Perfil sócio-demográfico das gestantes, usuárias da ULS dos Ingleses – Florianópolis.

Idade das gestantes

As gestantes que participaram do trabalho encontravam-se na faixa etária de 21 a 34 anos, sendo que destas, quatro (45%) eram jovens entre 21 e 25 anos, duas (22%) tinham entre 26 e 29 anos e três (33%) estavam na faixa etária de 30 e 34 anos. Esta faixa etária prevalente é propícia para uma boa evolução da gravidez e parto.

Rezende (2005) afirma que a idade mais favorável a parturição seria de 18 a 24 anos, denominando este interstício de tempo de nulibilidade, ou seja, época em que o organismo está apto para a gravidez e o parto, atualmente estendido aos 35 anos. Contudo, ressalta que a idade ideal depende muito das condições individuais de cada mulher. Considera que gestantes que podem apresentar maiores intercorrências são aquelas com primiparidade precoce, com idade inferior a 16 anos e primiparidade tardia, idade superior a 28 anos, estendida por muitos autores aos 35 anos.

Escolaridade

Em relação à escolaridade, quatro (45%) das gestantes tinham o ensino médio completo, e duas (22%) não haviam concluído o mesmo. Das demais gestantes, duas (22%) tinham o ensino fundamental completo ou não e uma (11%) tinha o ensino superior incompleto.

De acordo com estes dados e relatos dos participantes, percebemos que o grau de instrução destas mulheres está diretamente relacionado com sua capacidade de interpretar as informações compartilhadas. Além disso, observamos que as mulheres com maior grau de escolaridade, questionavam mais, estavam mais ávidas por conhecimento e reconheciam mais facilmente a importância das informações para favorecer um processo de nascimento mais tranquilo, seguro e menos traumático.

Profissão

A maioria das gestantes tem uma ocupação profissional, seja na condição de autônoma ou com vínculo empregatício. Estes dados nos possibilitaram concluir que a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, e que o fato de estar grávida já não é mais visto como um empecilho para atuar fora do ambiente doméstico.

Com a inserção e ascensão da mulher no mercado de trabalho ocorreram diversas mudanças no panorama sociocultural e político-econômico no Brasil e no mundo, e mesmo com a mulher se mantendo cada vez mais atuante nestes setores da sociedade, ela continua desejando a gravidez. Para a mulher, o ciclo gravídico-puerperal constitui o encerramento de um ciclo biológico, representando o ápice da realização feminina. (MATOS, 1991 apud ORIA; XIMENES, 2006, p 1).

Nas falas das gestantes, foram relatadas algumas dificuldades em trabalhar durante a gestação, pois apesar de existirem leis que asseguram os direitos dessa população, muitos locais de trabalho ainda vêem a gestação como um empecilho para o desenvolvimento das funções habituais e não oferece as condições propícias para estas mulheres trabalharem.

“Nos últimos dias, está sendo bem difícil (...) Fico muito tempo sentada no caixa, e não consigo me alimentar direito, porque não tenho tempo de sair (...) A comida do refeitório é muito salgada, não dá pra uma gestante comer” (BÁLSAMO).

Estado civil

Das gestantes participantes, cinco (56%) são casadas, três (33%) são solteiras, e todas têm o apoio e auxílio de seus familiares, o que contribui para uma melhor vivência do processo de nascimento.

“O estado civil e a situação conjugal apresentam elementos marcantes no desenvolvimento da gravidez, tanto pelo apoio econômico como pelo apoio emocional”. (BRAGA, 1991 apud OKASAKI, 2005).

Rezende (2005) afirma que o estado civil exerce grande influência sobre a gestação, e que entre as solteiras há uma maior incidência de mortalidade e morbidade materna e fetal.

6.2.2 Perfil obstétrico das gestantes, usuárias da ULS dos Ingleses, que participaram do processo educativo.

Em relação aos dados obstétricos, obtivemos um perfil que mostra que a maior parte das gestantes são primíparas, seis (67%), cinco (56%) não haviam planejado a gravidez e apenas uma das gestantes (11%) tem histórico de aborto espontâneo.

Unanimemente, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e gostariam de ter parto normal. A seguir, discutiremos as variáveis utilizadas para a obtenção do perfil obstétrico.

Número de gestações anteriores

Das gestantes, seis (67%) eram primigestas, sendo que das demais, uma (11%) já tinha um filho e duas (22%) tinham dois ou mais filhos. Dentre estas gestantes, oito (89%) não tiveram nenhuma experiência com abortos e apenas uma (11%) teve dois abortos espontâneos.

Outro dado relevante levantado durante a entrevista é que todas as gestantes solteiras, três (33%), não planejaram sua gravidez e não tinham o apoio do pai biológico do bebê. Já as duas (22%) gestantes que não planejaram, casadas, tiveram um maior apoio familiar. Em suma, das nove gestantes, cinco (56%) não planejaram, enquanto que quatro (44%) tiveram uma gravidez planejada. Mas todas relataram que a gestação tinha sido aceita.

Zampieri (2006, p.79) lembra que “o Ministério da Saúde Brasileiro, em 2005, propõe aos profissionais de saúde que estimulem as mulheres a realizarem o acompanhamento pré-concepcional, propondo algumas ações, entre elas, o planejamento familiar”.

Analisando estes dados e relatos das entrevistas, foi possível verificar que apesar de termos três (33%) de gestantes com outras experiências em relação à gestação e parto, todas, primigestas ou não, tinham questionamentos e dúvidas semelhantes sobre o processo de nascimento e a maioria se mostrava aberta e interessada em aprender as tecnologias de cuidado. O desconhecimento sobre alguns aspectos do processo de nascimento sugere que as consultas de pré-natal devam ser também espaços de educação individual, no qual se reforce a troca de saberes, experiências e orientações.

Tipo de parto que gostariam de ter

Apesar de existir uma forte questão cultural, que considera a cesárea um tipo de parto mais “seguro”, nove (100%) das gestantes referiram o desejo de ter um parto natural. Segundo Barbosa et al. (2003), o pedido da cesárea pela mulher, muitas vezes relatada pelos profissionais de saúde, parece refletir mais uma cultura médica que propriamente um desejo das parturientes, e que a “cultura da cesárea”, que considera esse tipo de parto a melhor forma de nascer, parece ainda não estar totalmente introjetada nas mulheres.

Dentre os motivos que levaram as gestantes a desejarem o parto natural, expressos na entrevista, destacam-se a recuperação mais fácil e rápida, a menor permanência no ambiente hospitalar e o contato imediato com seus bebês.

Tedesco et al. (2004), ao realizar um estudo com primigestas, em Jundiaí, para conhecer suas expectativas em relação à via de parto, observou que existe um grande contraste entre a preferência das mulheres e os altos índices de cesária no Brasil, verificando que as mesmas, nitidamente preferiram o parto normal, apontando como motivo desta escolha a praticidade do procedimento, rapidez na recuperação, medo do sofrimento e dor do pós-parto cesárea e o contato mais rápido com o bebê, sendo estas respostas semelhantes às que encontramos em nosso estudo.

6.3 AVALIANDO OS OBJETIVOS

6.3.1 Objetivo específico 1: conhecer os saberes, vivências e experiências das gestantes e família relativos ao processo de nascimento.

Para acompanhar alcançar e avaliar o primeiro objetivo, utilizamos um questionário, que abordava alguns dados pessoais da gestante, suas percepções sobre a gestação, parto e pós-parto, orientações do pré-natal, conhecimento sobre as tecnologias do cuidado e dúvidas.

O roteiro possibilitou-nos ampliar a discussão, já que não nos restringíamos as perguntas previstas. Tínhamos, assim, a possibilidade de introduzir outras questões pertinentes que surgissem no decorrer do processo. Também nos proporcionou uma interação mais efetiva com as gestantes. O fato de ser desenvolvida na primeira visita ao domicílio, acabava facilitando nossa comunicação e nossas transações.

Sobre o significado da gravidez, as gestantes que participaram da atividade educativa expressaram diferentes sentidos em relação a este momento.

As mulheres estabelecem seus próprios conceitos sobre a gestação, sendo este processo, único e diferente para cada mulher. É um momento de revisão do passado para repensar o futuro; é o momento de reflexão sobre a condição de ser mulher, sobre as relações consigo, com os familiares e o companheiro, um repensar sobre as crenças e valores. Um momento de viabilizar o amadurecimento pessoal (MACY; FALCNER (1991) apud ZAMPIERI et al., 2005, p 221).

De acordo com seus relatos, a gravidez significa realização, experiência única, amor, doação, aprendizado, possibilidade de mudanças e renovação, uma nova e maior motivação para viver, a expressão da beleza e, sobretudo, assumir o papel da maternidade.

“Minha gravidez aconteceu em um momento muito importante da minha vida, por isso é pra mim uma motivação para viver”. (AÇUCENA)

“A gravidez é uma experiência única. Só quem vivencia sabe como é”. (CAJUEIRO)

Quando indagamos sobre suas percepções, vivências e experiências relativas à gestação, parto e puerpério, todas as gestantes lembraram da dor do parto. Além disso, outras questões foram levantadas, como as experiências negativas de outras gestantes, as modificações gravídicas, o prazer de sentir o bebê mexendo, o aumento das responsabilidades, e a vivência da gravidez como uma fase prazerosa e boa.

“O parto é uma dor momentânea. Depois que o bebê nasce, toda dor é esquecida. Não tenho medo, é mais nervosismo mesmo”. (CAJUEIRO)

“A gravidez é um momento bom. É um estado em que a mulher fica diferente, mais calma e com mais responsabilidade. Quando começa a crescer a barriga é a melhor parte, porque a gente começa a sentir realmente o bebê”. (IPÊ ROXO)

“Achava que não sentiria nada na gravidez, mas sinto dor (...) Mas acho bom sentir o bebê”. (BÁLSAMO)

Conhecer o significado atribuído à gestação e parto e conhecer as vivências e percepções destas gestantes permite compreender seus anseios e seus recursos, valorizar seus conhecimentos prévios, conhecer seus valores e crenças, prestar uma atenção congruente as suas reais necessidades. Desta forma, pode-se fortalecer suas capacidades e potenciais e aumentar a confiança e auto-estima destas mulheres para conduzirem de forma mais ativa, tranqüila e prazerosa o processo de nascimento. O pré-natal é o momento propício para estar desenvolvendo estas ações.

De acordo com o Ministério da Saúde, estimular a gestante a expressar seus medos e dúvidas é essencial para conhecer os múltiplos significados da gestação para cada mulher e família. O contexto de cada gestação e seu significado é fator determinante para o desenvolvimento da gravidez, assim como para a relação estabelecida entre a gestante/família e a criança, a amamentação e a formação do vínculo familiar (BRASIL, 2005).

Para Falcone (2005), na assistência pré-natal eficiente deve-se, ao cuidar da mulher grávida, considerar as suas necessidades biopsicossociais e culturais.

O pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível para que possam ser desenvolvidas ações mais efetivas de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Este início precoce também permite identificar mais rapidamente as gestações de alto risco, bem como planejar os cuidados necessários (BRASIL, 2005). O PHPN também ratifica o exposto, recomendando que as consultas de pré-natal iniciem precocemente, antes do quarto mês de gestação (BRASIL, 2000).

Segundo os dados sobre o início do pré-natal, todas as gestantes participantes realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação.

“Descobri que estava grávida quase no terceiro mês...Não sentia nada de diferente, por isso demorei pra procurar o posto”.(FRUTO-DE-SABIÁ)

Quando questionamos sobre as orientações recebidas durante a gestação e se estas eram suficientes para diminuir os medos e ansiedades, as gestantes foram quase unânimes em afirmar que atenção pré-natal prestada não atendia seus anseios e necessidades, deixando na

opinião delas a desejar. Para elas, o acompanhamento pré-natal deveria oportunizar maior aprofundamento teórico sobre a gestação e o parto, propiciar espaços para troca de informações e orientações mesmo sem a gestante e acompanhante questionarem. Referiram que as orientações dadas são insuficientes, tendo as mulheres que procurar outras fontes de comunicação para esclarecer seus questionamentos e dúvidas, tais como a internet.

“É evidente na atenção pré-natal a falta de informações. Alguns profissionais detêm o conhecimento, não compartilham com as gestantes por falta de disponibilidade de tempo, impaciência ou porque não foram formados para isto. Nem todas as gestantes têm acesso aos meios de comunicação. Assim, não conhecendo, tem dificuldade de reivindicar. Não podem decidir, agir e participar ativamente deixando de assumir o seu papel de protagonistas no seu processo de nascimento e nas ações de saúde como um todo” (ZAMPIERI, p. 247, 2006).

Apenas duas gestantes acharam suficientes as orientações recebidas, alegando que sanaram suas dúvidas e que exposto tinha deixado elas mais calmas.

“Sim, mas é só no dia-a-dia que você aprende mesmo [...] No momento da consulta eu acho que minhas dúvidas acabaram, mas quando chego em casa, tenho mais dúvidas... Nunca tá bom, sempre queremos mais”.(CAJUEIRO)

“Não acho que são suficientes. Só fico tranqüila com as orientações da minha mãe e da minha amiga”. (URUCUM)

“Não, porque só são esclarecidas quando eu pergunto. O profissional deveria falar mais das mudanças no corpo, pra gente ficar mais preparada quando elas acontecem”. (IPÊ ROXO)

“Procuro me informar pela Internet quando tenho dúvidas”. (AÇUCENA)

Observamos que as gestantes e seus familiares possuíam conhecimentos próprios, crenças e valores sobre o processo de nascimento, mas buscavam ampliar seus saberes, procurando esclarecer dúvidas, questionando, conhecendo melhor o cuidado consigo, com o seu corpo e com o bebê. Assim, procuravam aumentar seus potenciais para enfrentar os medos, ansiedades, diminuir o estresse, mantendo um equilíbrio consigo, com o bebê, com a família e ambiente em que estavam inseridas.

Os temas mais abordados pelas gestantes diziam respeito à amamentação, gestação, parto e cuidados com o bebê: cuidados e preparo das mamas para amamentação (banhos de sol, uso de cremes e ordenha); cuidados e problemas na gravidez no caso de viagens; medicamentos que podem ser utilizados na gestação, fisiologia do corpo da mulher

na gravidez e parto; dilatação do colo uterino, do canal vaginal, o momento da passagem do bebê pelo canal do parto, possibilidades e direito de receber analgesia no parto normal; o que levar e o momento ideal para ir à maternidade; as rotinas da maternidade- uso ou não (tricotomia e lavagem intestinal); diferenças entre o parto normal e cesariana- indicações e suas vantagens; trabalho de parto; tipos de partos, especialmente o parto na água e de cócoras, o trabalho de parto- duração e mecanismos; causas da dor; cuidados como recém nascido, principalmente os relacionados com higiene e conforto.

“Como eu vou saber se o meu parto vai ser normal ou cesárea?”(ALAMANDA)

“Tenho muitas dores de cabeça. (...) meu marido não deixa tomar remédio. Não posso tomar nenhuma medicação na gravidez?”. (FRUTO- DE- SABIÁ)

“Quanto banhos eu tenho que dar no bebê por dia? (...) Eu preciso dar água pra ele? E o chazinho?”. (CAJUEIRO)

Os temas que foram abordados são frequentemente questionados pela maioria das gestantes e segundo o Ministério da Saúde devem ser discutidos durante o pré-natal.

Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras. (BRASIL, 2001, p.27 - 28).

Quando questionadas sobre o conhecimento a respeito das tecnologias do cuidado propostas para serem desenvolvidas no processo educativo, seis (67%) das gestantes relataram não ter conhecimento sobre tais tecnologias. As demais gestantes conheciam através da mídia e por meio de amigos, sendo que uma delas já fazia estes exercícios ao longo da gestação.

“Não conheço nada sobre estas tecnologias do cuidado. Pra mim é tudo novidade”. (BÁLSAMO)

“Sim. Conheço a bola, faço a contração do períneo e a respiração”. (FRUTA DO CONDE)

“Nunca fiz, mas já vi na TV”. (ALAMANDA)

“Não conhecia, fiquei sabendo por uma amiga que tinha feito esse trabalho com vocês”. (URUCUM)

O fato do tema “tecnologias de cuidado” ser um assunto recente e pouco abordado durante o pré-natal, levou todas as gestantes a demonstrarem curiosidade em conhecer e desenvolver estas tecnologias, recebendo de forma muito positiva a proposta de estarmos realizando-as no domicílio. Além disso, praticar estas tecnologias contribuía para as gestantes se sentissem mais valorizadas como pessoas, uma vez que o cuidado proporcionado tratava-se de algo diferenciado e personalizado.

Ademais, conhecer estas tecnologias na gestação facilitou o uso e a adesão destes métodos e ações não farmacológicas nas instituições hospitalares, como percebemos no acompanhamento das parturientes.

Os serviços oferecidos pelo sistema de saúde influenciam as preferências das mulheres sobre os aspectos do cuidado no trabalho de parto que adotarão. O conhecimento, pela usuária, das diferentes alternativas disponibilizadas pelo hospital influencia sua preferência, e tem implicações na decisão de adotar ou não tecnologias de cuidado com as quais não está familiarizada (HUNDLEY; RYAN, 2004 apud DIAS; DESLANDES, 2006, p 6.).

Avaliação:

Este objetivo foi alcançado no momento em que as acadêmicas, durante as interações realizadas, conseguiram selecionar nove gestantes que quisessem participar do trabalho no domicílio.

Ao mesmo tempo, foi alcançado quando se estabeleceu a interação entre as acadêmicas, gestantes e familiares, possibilitando o conhecimento das percepções, dos saberes, das vivências e das experiências destes em relação ao processo de nascimento, gestação e tecnologias do cuidado.

6.3.2 Objetivo específico 2: Propor e compartilhar conhecimentos, experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado à mulher grávida e família, buscando aumentar os seus potenciais e favorecer um trabalho de parto e parto tranquilo e prazeroso.

Tendo em vista a necessidade da socialização de conhecimentos sobre o processo de nascimento, a constatação do interesse e desejo das gestantes em conhecer ações que facilitassem o trabalho de parto, minimizassem sua dor, aumentassem sua confiança para parir

e favorecessem um trabalho de parto e parto tranquilo e prazeroso, passamos a desenvolver o processo educativo.

Inicialmente, depois de agendada a visita à gestante, reuníamos os materiais ou aqueles instrumentos que pudessem auxiliar no desenvolvimento da prática educativa – colchonetes, bola suíça, CD com músicas calmas, roteiro de exercícios na gestação e parto, livros sobre anatomia e fisiologia do corpo da mulher durante a gestação, esfigmomanômetro e estetoscópio. Algumas vezes levávamos o “sonar” para ausculta dos batimentos cardíacos fetais, além de termômetro e fita métrica, e nos dirigíamos às residências das gestantes, chegando quase sempre em grupo e de carro.

Ao chegar à casa da gestante, interagíamos com ela e com quem estivesse junto. Acordávamos todas juntas o melhor lugar para a realização do trabalho. Iniciávamos uma escuta autêntica, na qual a gestante expressava seus sentimentos, expunha suas dúvidas, contava curiosidades ou simplesmente falava o que estava sentindo naquele momento.

Em cada encontro, no primeiro momento entrávamos na casa e nos acomodávamos onde as tecnologias do cuidado seriam realizadas. Perguntávamos à gestante como ela sentia-se em relação à gravidez, família, ao trabalho, aos aspectos emocionais. A partir disso, podiam surgir algumas dúvidas que eram direcionadas a uma acadêmica, previamente combinado quem responderia, as outras complementavam. Decidimos assim para trabalharmos de maneira organizada. A seguir, outra acadêmica assumia o comando do trabalho e desenvolvia as tecnologias do cuidado, escolhidas pela gestante, junto com a mesma.

As músicas tocadas neste momento haviam sido selecionadas e gravadas por nós e colocadas quando eram autorizadas pela gestante. Eram músicas calmas e propiciavam tranquilidade. Antes de colocarmos nosso CD, perguntávamos se a gestante tinha alguma música de sua preferência. Na maioria das vezes não tinham, apenas três gestantes colocaram músicas próprias. Então, sentavam-se em um colchonete que havíamos trazido e as luzes eram apagadas para obter um ambiente mais relaxante. Através da claridade advinda de alguns raios solares, podíamos observar a gestante e perceber seu envolvimento com a prática dos exercícios, alongamentos, relaxamentos e respiração. Na maioria das vezes percebemos que elas realmente estavam interagindo conosco neste momento.

No domicílio das gestantes, o local mais utilizado para desenvolver o processo educativo era a sala de estar. Com exceção de duas casas. Na primeira, por inexistir uma sala, usávamos um quarto e utilizávamos nossa criatividade para nos adaptar a este pequeno

espaço, evitando constrangimento à gestante. Mesmo assim, Fruto-de-sabiá em alguns momentos mostrou-se constrangida em ter que nos receber naquele local. Certa vez ela falou:

“Meninas, o espaço é tão pequeno e vocês são uns amores por virem aqui”.

Porém, contrariando esta sua impressão, não víamos isto como uma dificuldade. Sentíamos-nos muito bem naquele ambiente e esta restrição de espaço nos aproximava ainda mais da gestante e de sua filha, que também participava das atividades; facilitava as interações e transações e criava um clima íntimo.

O outro domicílio onde não realizamos os exercícios na sala de estar foi no da gestante Fruta-do-conde. Na segunda visita à sua casa realizamos os exercícios no sótão da casa, um lugar aconchegante e tranquilo. Neste dia, estavam duas amigas dela, que participaram conosco da atividade. Foi uma visita especial, pois esta gestante, percebida por nós como a mais “fechada” ou introspectiva, desabafou, contando alguns problemas conjugais. Após nossa conversa, ela pareceu ficar mais tranqüila e ter minimizado suas ansiedades.

Uma das fortalezas principais em se desenvolver essa atividade no domicílio foi o fato da gestante ter conhecimento sobre o ambiente, já que tinha controle de tudo o que ali se passava, o que certamente favoreceu o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre profissional e gestante. As gestantes sentiam-se mais a vontade para expressar suas dúvidas, questionamentos e curiosidades, minimizando seus medos e ansiedades. Já na ULS, não raramente tinham pouca intimidade ou vergonha de dialogar com os profissionais que acompanhavam sua gestação. Além disso, realizar o processo educativo no domicílio propiciou conhecer os recursos da gestante e a forma de utilizá-los; avaliar as suas condições de vida, favorecendo que as orientações e informações dadas fossem congruentes com suas reais necessidades; atender a gestante de forma personalizada e favorecer maior aproximação com a família.

Para Verdi, Boehs e Zampieri (2005), a visita ao domicílio permite uma maior interação com o indivíduo, a família e a comunidade, propicia o conhecimento da realidade destes e favorece a continuidade da assistência realizada na Unidade de Saúde. As autoras ratificam que são muitas as vantagens desta forma de atendimento, destacando dentre elas, o reconhecimento do indivíduo no seu verdadeiro contexto; a assistência direcionada para a realidade e recursos que a família dispõe; e maior liberdade e conforto dos usuários para falar sobre seus problemas.

O envolvimento dos familiares nas atividades permitiu que conhecessem a importância do trabalho e, assim, motivassem e incentivassem as gestantes na realização das atividades e na absorção das informações compartilhadas. Desta forma, se tornaram aliados e parceiros importantes na educação em saúde e componentes da rede de apoio desta gestante.

Havia poucas desvantagens em relação ao processo educativo ser realizado neste local, porém em algumas ocasiões houve preocupação das gestantes em relação ao espaço e apresentação do ambiente.

Após interagimos e estabelecemos um clima de confiança e diálogos sobre os vários aspectos da gravidez e parto com todos os membros da família, demonstrávamos as tecnologias do cuidado e deixávamos a critério das gestantes a escolha daquelas que melhor se adaptassem as suas necessidades.

As principais tecnologias selecionadas por elas foram: a respiração, o alongamento, as massagens, a bola suíça e os exercícios para fortalecimento da musculatura perineal. Aproveitávamos o momento para informar também sobre a importância do banho de chuveiro, deambulação, mudanças de posição e participação da família, condutas que poderiam ser utilizadas durante o trabalho de parto para minimizar as sensações dolorosas e facilitar o trabalho de parto. Deixávamos a gestante livre para falar e perguntar o que quisesse. Todas, sem exceção, expressaram suas dúvidas. A maioria delas, como já falamos, tinha grande interesse pelas questões relativas ao parto como a cadeira para parto de cócoras, tipos de parto, contrações, presença de acompanhante, troca de acompanhante, uso de analgesia, momento de ir para a maternidade, tempo de permanência na maternidade, além dos cuidados com o recém-nascido. Nos encontros, nós as incentivávamos a anotarem todas as dúvidas num caderno para que pudéssemos aprofundar o tema na visita seguinte. Apenas a gestante Cajueiro registrou as dúvidas, todas relacionadas a cuidados com RN. Praticamente todas as gestantes lembravam de questões sobre o processo de nascimento durante a visita e aproveitavam o momento para fazer questionamentos.

Os encontros se tornavam tão propícios para a socialização de conhecimentos que aproveitávamos a ocasião para abordar alguns temas que julgávamos importantes, como as várias formas de parir, entre elas o parto de cócoras. Demonstrávamos como este tipo de parto poderia ser realizado, a importância da participação ativa das mulheres e discutíamos sobre os benefícios e vantagens para as gestantes, bebê e família. A seguir, procurávamos estimulá-las a conhecerem as duas maternidades da área de abrangência dos Ingleses: a do Hospital Universitário, que possui a cadeira para o parto de cócoras, e também a Maternidade Carmela Dutra, que possui apenas a cama para o parto em litotomia, com um ângulo das costas em

média 45°, porém oferece a bola suíça, cavalinho, banho de aspersão, apoio emocional e massagem.

Percebíamos, que gradativamente as gestantes, após cada visita, tinham suas capacidades fortalecidas, demonstravam maior tranquilidade, segurança; minimizavam seus medos, reviam suas posturas e modos de agir. Não raramente, elas nos referiam o quanto era importante nosso trabalho e a troca de informações, independente do número de encontros. Diziam que nas consultas pré-natais poucas orientações eram dadas e apenas quando questionavam suas dúvidas eram respondidas.

O número de visitas divergiu de gestante para a gestante, dependendo do interesse, das necessidades e do tempo de gestação. Realizamos de uma a sete visitas para cada uma delas, que eram normalmente realizadas quinzenalmente. As interações e transações ocorreram independentes da quantidade de visitas.

Realizamos apenas uma visita a três delas, uma vez que estavam próximo ao termo. Mesmo assim, na opinião delas esta prática fez a diferença e *o feedback* pareceu-nos muito positivo. A gestante Açucena, que durante a gestação se deparou com o falecimento da mãe, buscou junto ao grupo apoio emocional, resposta as suas dúvidas e atenção, como reforça a fala a seguir.

“Vocês devem ser anjos enviados pela minha querida mãe”. (AÇUCENA)

Entramos em contato com a Açucena, por indicação da enfermeira supervisora, que nos comunicou sobre os problemas que a gestante estava enfrentando. Na única visita, houve grande interação e percebemos que ela ainda tinha muitas dúvidas, mesmo tendo realizado todas as consultas de pré-natal. Procurava muitas questões na internet, no site google, e apesar disso, alguns questionamentos ainda não haviam sido respondidos, como por exemplo, quando dirigir-se à maternidade. Naquele dia do encontro ela já estava com muitas contrações, algumas ainda indolores, mas mantendo um ritmo, e imaginamos que seu filho poderia nascer logo. Isto aconteceu no dia seguinte.

Também para a gestante Alamanda realizamos apenas uma visita. A interação com ela ocorreu de forma menos intensa, visto que era uma pessoa mais reservada e parecia ter vergonha para realizar questionamentos. Seu marido chegou a casa no momento da visita e apenas nos cumprimentou.

Já a gestante Ipê-roxo nos ligou para acompanharmos o parto e percebemos que apesar de termos tido apenas um encontro, ela demonstrou estar mais segura, conduzindo o

trabalho de parto e parto de forma muito tranqüila e prazerosa. Percebemos que ela tinha uma ótima relação com o marido e no dia da visita, como estávamos sem carro, os dois fizeram questão de facilitar nosso deslocamento nos dando carona de ida e volta.

Com a gestante Fruto-de-sabiá realizamos o maior número de visitas. Esta gestante passava por problemas financeiros e pessoais. Telefonou-nos para informar que estava com calafrios. Fomos a sua casa para avaliar sua condição física, mas não estava com hipertermia, apenas tinha uma febrícula. Encontrava-se, no entanto, sobrecarregada e estressada com sua situação de vida, tendo necessidade de alguém para cuidar dela e ouvi-la. Nas visitas, isto era evidente. Queixava-se de tristeza; referia que a gravidez parecia não estar evoluindo bem e um dia disse:

“Acordei hoje mal e falei pra minha filha: ainda bem que hoje as meninas vem fazer a preparação para o parto, pois assim vou relaxar mais”.
(FRUTO-DE-SABIÁ)

O marido sempre ligava durante o período que permanecíamos com ela para a “preparação para o parto”, como ela mesma definia, porém nunca participou, pois trabalhava no horário. A sua filha sempre participava e adorava a bola suíça.

A gestante Camomila se envolvia bastante. Na primeira visita ela estava acompanhada da sogra. Na segunda estava sozinha em casa. Sugeriu convidar a vizinha, que também estava grávida, porém não estava em casa. Ela já tinha dois filhos, um deles nasceu no HU. Como gostou muito do atendimento, relatou que pretendia ter o filho nesta instituição.

A gestante denominada Urucum nos procurou através de sua amiga Açucena. Marcamos um encontro e juntamente com sua mãe foi nos buscar na ULS. Ela já tinha ouvido falar de nosso trabalho e estava bastante interessada. Tinha muitas dúvidas. A sua mãe, uma mulher muito ativa e com experiência de quatro partos naturais, contribuiu muito com o nosso trabalho. Na segunda visita que fizemos a elas, fomos recebidas com um delicioso café. Com esta gestante estabelecemos uma estreita relação, e através da internet nos questionava sobre aspectos relacionados à gravidez. Sua mãe também depositou grande confiança, expressando fatos íntimos e pessoais.

Com a gestante Bálsamo foi difícil agendar a primeira visita, pois ela estava trabalhando e tinha pouca disponibilidade de horário. No entanto, insistia que queria participar e pedia que continuássemos ligando para combinar um encontro. Desta forma, durante a sua licença de trabalho foi possível agendar o primeiro encontro. Percebemos que gostou do nosso trabalho e que ela gostaria que fosse mais freqüente:

“Adorei que vocês vieram. (...) Que pena, achei que seriam todos os dias as visitas”.

O processo educativo desenvolvido ao longo destes meses deu-se por meio de uma construção coletiva, ou seja, do conjunto das relações entre as gestantes de baixo risco, acompanhantes e acadêmicas de enfermagem e intersecção de idéias, experiências e conhecimentos, levando ao crescimento mútuo.

Segundo Freire (2002) apud Zampieri (2006), a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal dos seres. Ratifica ainda que o importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, a ser mais. Fazê-lo agente de sua recuperação e, se possível, adotar postura comumente crítica de seus problemas.

Acreditamos que o processo educativo pode ter auxiliado as gestantes e familiares a ampliarem seus conhecimentos, desenvolverem suas potencialidades, identificarem suas dificuldades e buscarem meios para superá-las, facilitando a tomada de decisão, permitindo a eles assumirem o seu real papel no trabalho de parto e parto e responsabilidade por suas vidas e saúde.

Durante o processo educativo, o uso do referencial teórico baseado em King, facilitou efetivamente a condução da prática assistencial, já que tínhamos o mesmo entendimento sobre os diversos conceitos e objetivos comuns; favoreceu a compreensão de que as pessoas têm percepções diferentes em relação à saúde, gestação e processo de nascimento e que temos que respeitar as diferentes opiniões. Favoreceu também as interações, transações e alcance dos objetivos.

Após a realização deste processo, solicitamos às gestantes, caso fosse do interesse delas, que nos comunicassem a data do parto e o local de sua realização para que pudéssemos acompanhá-las, apóia-las, dar suporte emocional e educativo, além de ajudá-las na prática das tecnologias, se desejassem. Esta oportunidade também nos proporcionaria saber se uso destas havia contribuído para compreensão destas novas vivências, para uma participação mais ativa, para minimizar dores e facilitar o trabalho de parto e parto.

Avaliação:

Este objetivo foi atingido quando as tecnologias do cuidado foram apresentadas às gestantes e a partir de uma explanação de seus benefícios, elas escolheram aquelas que tinham interesse e que gostariam de praticar.

Além disso, foi alcançado quando as gestantes praticaram as tecnologias do cuidado, perceberam que estas poderiam facilitar a vivência do trabalho de parto e parto de forma tranqüila e prazerosa e que a participação dos familiares era fundamental neste processo.

6.3.3 Objetivo Específico 3: Saber se o cuidado prestado na gestação através do processo educativo resultou em algum benefício para a vivência do processo de nascimento pela mulher/família e possibilitou a postura ativa da mulher.

Acompanhamos três partos que aconteceram no HU, nos quais tivemos uma percepção mais clara se o processo educativo desenvolvido durante a gestação havia trazido benefícios para a vivência do trabalho de parto e parto e possibilitado uma postura mais ativa da mulher.

6.3.3.1 Trabalho de parto e parto de Ipê-Roxo

Ipê-roxo e o marido tinham um bom relacionamento e conseguimos estabelecer uma boa interação com o casal. Estavam atentos às orientações dadas quanto à hora de ir para a maternidade. Assim, quando as contrações começaram, eles permaneceram em casa avaliando a dinâmica uterina e só se dirigiram a maternidade quando a gestante apresentou três contrações em dez minutos, conforme nossas orientações. Quando chegaram no HU, já com amniorrexe, o marido nos comunicou e uma de nós se deslocou para acompanhar o trabalho de parto e parto deste casal e acompanhou o nascimento de uma linda criança.

Foi um parto vaginal, sem indução e com laceração mínima. O tempo de permanência no Centro Obstétrico (CO) foi apenas de 2 horas e 30 minutos. Percebemos que foi um parto tranqüilo e apesar da mulher sentir desconfortos e sensações dolorosas no parto, notamos sua grande satisfação em ter seu filho no colo. Poucos minutos antes do nascimento da criança, o pai se sentiu mal e decidiu sair do CO. Por isso, quem acompanhou a partir deste momento o trabalho de parto e parto foi a mãe da parturiente. Apesar desta intercorrência, acreditamos que a interação e a cumplicidade durante a gravidez e parte do trabalho de parto facilitaram o processo e as transações estabelecidas conosco, tornando-as mais prazerosas.

Um fato que nos causou surpresa e nos deixou emocionadas foi a gestante cantar durante e após o nascimento de seu filho a música que colocava quando realizava os exercícios durante a visita domiciliar. Durante o trabalho de parto, a gestante utilizou como

tecnologias do cuidado a respiração nos intervalos das contrações, adotou algumas posições, principalmente de cócoras, deambulação e no último momento utilizou a bola suíça.

6.3.3.2 Trabalho de parto e parto de Fruta-do-conde

Esta gestante estava de 41 semanas e 4 dias. Os profissionais de saúde acharam melhor induzir o parto, devido à idade gestacional limítrofe. Assim sendo, a gestante internou no HU às 13 horas do dia 19 de outubro. A gestante era bem ativa e se mostrou protagonista do trabalho de parto, solicitando as tecnologias do cuidado a toda hora. Usou os exercícios de respiração, de alongamento com as posições, massagens, a bola suíça, o banho de chuveiro e a música. Não parou em nenhum momento. Teve a presença da sua mãe nas primeiras horas e posteriormente de seu marido.

Percebemos que Fruta-do-conde era uma gestante muito vaidosa e que tinha se preparado bastante durante a gestação: fazia hidroginástica, ioga e caminhadas na praia, alongamentos diariamente e, após nossos encontros e conhecimento de outras tecnologias do cuidado, passou a adotá-las também e realizá-las todos os dias. Acreditávamos que este seria o parto mais rápido. Porém, apesar de todo este preparo, o parto teve que ser induzido e a permanência no CO foi de 24 horas. A indução começou com misoprostol vaginal de 4/4 horas. A bolsa rompeu somente à uma hora da madrugada, quando as contrações começaram a ficar efetivas. A gestante não conseguiu descansar, e começou a sentir fortes dores. Estava exausta e pediu medicação para diminuir a dor. Quando estava com oito centímetros de dilatação foi feita uma analgesia. Neste momento as contrações diminuíram, o que prolongou um pouco mais o parto. Começaram, então, a induzir com ocitocina endovenosa. Independente disso, a gestante prosseguiu com os exercícios na bola suíça e mudanças de posições, solicitando massagens na região lombar. Percebemos que na fase da expulsão a gestante estava receosa de fazer a força quando vinham as contrações para ajudar na expulsão do bebê por causa da dor intensa que referia sentir e pelo medo de romper o períneo. Depois de muito tempo, já na sala de parto, um profissional pediu a atenção da gestante e olhando em seus olhos falou-lhe de forma firme, porém amigável, que o bebê não poderia ficar mais tempo onde estava, que ela precisava esquecer a dor neste momento e empurrar o bebê na contração seguinte”. Enfim, o bebê nasceu e foi muito emocionante, pois todos nós estávamos esperando muito sua chegada. O relógio marcava 13h30min horas do dia 20 de outubro. O pai esteve ao lado da gestante durante o trabalho de parto e parto, auxiliando-a e encorajando-a.

Ficamos um pouco apreensivas pela demora do parto. Constatamos que havia muitos profissionais e acadêmicos na sala de pré-parto e parto, o que gerou preocupação. Percebíamos que a gestante ficava muito atenta aos comentários dos profissionais da equipe de saúde e não conseguia relaxar ou se concentrar no trabalho de parto. Porém, quando perguntávamos se estes ruídos e o número de pessoas na sala estavam a incomodando, ela relatava que não se importava com isso. Todavia, era notória a desconcentração dela referente ao que estava acontecendo com o seu corpo. Neste ponto, pudemos reforçar a idéia de que o papel da mulher é ser condutora deste processo, por isso o fato da gestante não se concentrar nos incomodou. Somente quando ela percebeu que precisava se concentrar e acreditar em si e no potencial que tinha para parir, o bebê nasceu.

Ao final, estávamos cansadas, assim como a parturiente, mas foi uma experiência extremamente positiva e permitiu ter maior clareza do resultado do nosso trabalho. Este parto mexeu conosco porque mesmo realizando todas as medidas farmacológicas o parto ainda se prolongava, talvez porque a gestante não conseguia fazer uma introspecção e centrar-se no parto e nascimento. Contudo, também reforçou a idéia que tínhamos de que a mulher tem a capacidade de parir e ser protagonista no momento do parto, de decidir sobre as diversas posições para parir e adotar aquelas que lhes convier, de tomar banho de aspersão, utilizar a bola suíça, cavalinho e solicitar massagem. Além disso, reforçou que a percepção que a gestante têm do seu próprio corpo aumenta a crença em si e na suas capacidades, principalmente se estiver sendo incentivada por alguém e ter tido as informações precisas durante o pré-natal.

6.3.3.3 Trabalho de parto e parto de Urucum

Urucum, acompanhada pela mãe, chegou ao HU no sábado, 11/11/2007, quando procurou atendimento com bolsa amniorrexe e hipertensão. Logo, foi internada para acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Visto a pouca dilatação, no domingo iniciaram a indução com ocitocina e antibioticoterapia. Como depois da indução as contrações se intensificaram, a mãe de Urucum nos chamou para acompanhar o parto e lá permanecemos até o nascimento do bebê.

No período de dilatação e parto, Urucum fez uso da bola suíça, deambulação, respiração e massagem, sempre com apoio e incentivo da mãe, que também participou do processo educativo que realizamos em seu domicílio. Percebíamos que as orientações e

informações compartilhadas foram absorvidas e estavam sendo utilizadas para facilitar o trabalho de parto.

No entanto, apesar das contrações, a dilatação ainda não estava progredindo, não ultrapassando um centímetro. Com isso, depois dos médicos discutirem a melhor conduta no caso, conversaram com Urucum e sua mãe. Quando falaram da necessidade da Cesárea, Urucum teve como primeira reação não aceitar, pois era seu desejo ter um parto normal de cócoras. Neste momento, começamos a conversar com ela, dando apoio emocional e informando sobre as vantagens de cada tipo de parto e sobre as possíveis indicações da cesárea naquele momento. Foi quando Urucum, mais tranqüila e consciente, realmente entendeu o porquê da cesárea e os benefícios que poderia trazer para seu bebê naquela condição. Percebemos neste momento, que apesar de não tido um parto natural, havia participado ativamente, realizado as ações não farmacológicas, aguardado o tempo possível e tinha tido a oportunidade de decidir sobre a melhor conduta para o seu caso de acordo com as ponderações médicas.

“Nunca quis ter cesárea, mas sei que agora é o melhor pra minha filha (...) Então vamos lá, quero que seja cesárea e que aconteça rápido, porque quero ver a carinha da minha menina”. (URUCUM)

“Não adianta eu ficar a noite inteira desse jeito (...) Não tá evoluindo, eu fiz tudo o que eu podia fazer”. (URUCUM)

A mãe de Urucum também demonstrou certa frustração em saber que a filha teria que ser submetida a uma cesárea, mas em nenhum momento deixou transparecer este sentimento. Pelo fato de ter trabalhado na área de enfermagem, sabia da importância desta conduta.

“Na nossa família, nunca teve nenhuma cesárea (...) Mas fazer o quê (...) Eu já estava sentindo que isso ia acontecer. Eu via que as contrações não eram fortes para empurrar o bebê”. É melhor para ela que seja uma cesárea, não dá mais para esperar”. (MÃE DE URUCUM)

Nesta ocasião, percebemos o quão importante foi compartilhar com estas gestantes os tipos de parto e suas indicações, pois verificamos com esta experiência, que a melhor forma de parir, é aquela mais adequada para o momento, e que, mesmo sendo cesárea, a mulher pode agir ativamente, participando do processo como protagonista.

A presença da acompanhante de Urucum também foi de grande valia, pois além de incentivar o uso das tecnologias do cuidado, auxiliou no apoio emocional. Percebemos

também que se sentiu mais segura com a nossa presença, relatando ficar feliz em ter o nosso apoio.

“Que bom ter vocês por aqui, eu fico mais tranquila (...) Porque às vezes tenho pena de ver minha filha sentir dor, e vocês me ajudaram”. (MÃE DE URUCUM)

Acompanhamos todo o processo junto com Urucum, presenciando, o lindo nascimento de seu bebê. Foi um momento muito especial e de grande emoção. O bebê nasceu 24h33min minutos, sem intercorrências e muito saudável. Foi emocionante quando Urucum pôde vê-la e perceber o quanto este momento havia sido gratificante. Após os cuidados imediatos com o Recém-nascido, este foi levado até Urucum, que fez questão de amamentar, seguindo as orientações que havíamos socializado.

Antes de ir para o Alojamento conjunto, nos despedimos de Urucum e sua mãe, que se mostraram muito agradecidas por nossa presença, fazendo com que sentíssemos o valor e a importância deste trabalho.

“Obrigada por ficar aqui com a gente neste momento tão importante (...) O que vocês fizeram não dá nem pra agradecer”. (MÃE DE URUCUM)

“Obrigada pelo apoio (...) Só de ficarem aqui do meu lado, já me sinto mais tranquila, me ajudou muito”. (URUCUM)

O terceiro parto, de Urucum, foi de grande importância para o trabalho, pois nos confrontamos com outra realidade, talvez não tão esperada pelo grupo, mas que ajudou-nos a refletir sobre as outras formas de parir e nascer.

Para nós, a experiência de acompanhar o parto dessas gestantes foi muito gratificante. Elas e seus acompanhantes foram bastante receptivos e aceitaram bem o uso das tecnologias do cuidado. Auxiliou na melhor compreensão de todo o processo e permitiu identificarmos quais os pontos que poderíamos abordar com maior ênfase durante o processo educativo, sobretudo os tipos de parto, o tempo de trabalho de parto, fisiologia e anatomia do corpo da mulher, as tecnologias, além de cuidados com RN. Ratificou que os temas que abordávamos eram pertinentes às dúvidas das mulheres e que contribuíam para o seu protagonismo no momento do parto, principalmente no que se diz respeito a escolha dos tipos de partos e posições, uso das tecnologias, especialmente o uso da bola suíça e respiração. Conseguimos perceber que as gestantes ficavam mais ativas, tinham interesse em desenvolver as tecnologias do cuidado, e desejavam ter uma pessoa de referência da ULS em que realizaram o pré-natal ao seu lado. Nós fizemos este papel e percebemos que a nossa

presença, foi tão importante quanto o uso de tecnologias de cuidado e troca de saberes sobre o processo de nascimento, contribuindo para aumentar a tranquilidade e segurança destas gestantes.

O parto de Camomila não pudemos acompanhar porque foi na Maternidade Carmela Dutra. Como ela já tinha tido dois partos normais e sempre se mostrou confiante e decidida a ter parto de cócoras no HU, pensamos que o parto dela seria um dos mais tranquilos. No entanto, ela nos trouxe um relato surpreendente. Contou-nos que sua bolsa rompeu e que foi, juntamente com o marido, ao HU. Porém, nesta maternidade não havia mais vaga e foi encaminhada à Carmela Dutra. Ao chegar lá, seu parto foi induzido com ocitocina. Após um tempo, os batimentos do feto diminuíram e ela teve parto cesárea. Percebemos, após a conversa com Camomila, que ela sentiu-se frustrada por não ter tido um parto normal.

“Vocês não imaginam, tive uma bela de uma cesárea (...) Fiquei muito triste por não ter vaga no HU”. (CAMOMILA)

Após esse relato, conversamos com ela para tentar diminuir seu descontentamento em relação à cesárea explicitando que esse parto era necessário naquele momento. Durante nosso trabalho no domicílio, procuramos deixar claro que o melhor parto era aquele que preservasse a saúde da mãe e do bebê, podendo a mulher ser protagonista independente do parto que tivesse. Elas também tinham claro que no HU, onde a maioria desejava parir, existia a possibilidade de não haver vaga. Entretanto, sabemos que quando algo planejado e imaginado não acontece da maneira que queremos há probabilidade de frustração.

O parto das demais gestantes, em número de seis, incluindo Camomila, infelizmente não foi possível acompanhar. Alguns companheiros esqueceram de nos ligar, conforme havíamos combinado. Acreditamos que isto aconteceu porque alguns deles não participaram efetivamente do trabalho que desenvolvemos e não perceberam a importância de comunicar o momento do parto. Outros vivenciaram uma situação de extrema ansiedade e não lembraram de mais nada. O vínculo frágil com uma das gestantes, que tinha apenas tido um encontro, pode ter sido uma justificativa para a falta de comunicação do dia do parto.

As contribuições e benefícios da prática realizada foram verificados também por meio de uma entrevista feita no acolhimento da ULS – Ingleses ou na visita domiciliar à puérpera. Queríamos ter realizado a consulta puerperal das gestantes que participaram do estudo e aproveitar o momento para avaliar o resultado do trabalho, porém isto não foi possível devido à reestruturação de atendimento da ULS, que agora atende por área, e também

pelo fato das agendas da enfermagem só terem iniciado em meados de outubro. Neste período não foram agendadas para nós nenhuma das participantes/puérperas pela agente de saúde do “Capital Criança” que vai às instituições marcar as consultas puerperais que serão realizadas ULS.

6.3.3.4 Avaliando o objetivo 3

Para acompanhar e verificar a validade do processo educativo desenvolvido, utilizamos um instrumento com perguntas abertas (Apêndice V), buscando identificar a importância e contribuições de se desenvolver um processo educativo em nível domiciliar durante a gestação. Além disso, também procurava conhecer as oportunidades que as gestantes tinham tido em gestações anteriores de participar de um processo educativo no domicílio ou na unidade de saúde e se estas experiências haviam sido diferentes da vivida atualmente. O instrumento também buscava identificar o conhecimento prévio das gestantes e familiares a respeito das tecnologias do cuidado e sua utilização nesta e em outras gestações; a contribuição de se compartilhar informações, conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias para a condução do parto, vivência menos traumática, segura e prazerosa do processo de nascimento e participação mais ativa no processo de nascimento, bem como mostrar qual a avaliação das gestantes em relação a nossa atuação como acadêmicas de enfermagem. Ademais, solicitava as participantes que expressassem sugestões e comentários sobre o trabalho desenvolvido.

Sobre a importância do trabalho, as participantes relataram que contribuiu muito para o relaxamento, diminuição da ansiedade, ampliação dos conhecimentos, solução das dúvidas e preparação para o parto. As falas das gestantes reforçam o exposto. Cajueiro, a gestante que parecia menos empolgada quando realizamos o processo educativo em seu domicílio, afirmou que sentiu não ter considerado as atividades realizadas, já que percebeu que elas eram estimuladas e recomendadas na unidade de internação: *“Nossa, meninas, se eu tivesse levado mais sério o trabalho de vocês, eu teria sofrido menos...”*.

“Quando vocês vieram aqui em casa, achei que esses exercícios fosse doidice de vocês, que vocês não tinham nada pra fazer. (...) na maternidade, entendi a importância desse trabalho. (...) porque lá eles pediam pra eu fazer os mesmos exercícios e a respiração, e eu já sabia fazer”.
(CAJUEIRO)

“Teve esclarecimento maior do que nas consultas de pré-natal, a ansiedade diminuía”. (IPÊ ROXO)

“Tava mais preparada na maternidade. Eles mostravam os exercícios e eu já sabia fazer, eles ensinaram para meu marido a respiração e ele fazia comigo”. (CAJUEIRO)

Na avaliação de Alamanda, percebemos que apesar de ter desenvolvido somente um encontro, o retorno do nosso trabalho pareceu ser favorável.

“Não sei por que só fiquei sabendo deste trabalho no final da gravidez, foi muito bom”. (ALAMANDA)

Após o término das atividades com Alamanda, tivemos a oportunidade após algumas semanas de encontrá-la na unidade de saúde. Percebemos por meio de suas falas que éramos uma referência, enquanto profissionais, para ela na ULS e, que o vínculo estabelecido tinha sido maior do que inicialmente imaginávamos.

“Meninas, quase liguei pra vocês essa semana (...) A menina tava chorando muito e eu não sabia mais o que fazer (...) Só não liguei porque meu marido não deixou”. (ALAMANDA)

Quando questionadas sobre as contribuições e benefícios de se realizar o processo educativo durante a gestação, abordando questões relativas ao processo de nascimento e tecnologias do cuidado em nível domiciliar reforçaram a importância de conhecerem as tecnologias e de realizá-las no domicílio, relatando que ao desenvolverem as práticas propostas sentiram-se estimuladas a continuarem a realizar os exercícios em casa. Fazer no domicílio permitiu a participação de sua família e amigos. Foi considerada uma facilidade para elas não precisarem se deslocar até a ULS e poder ficar em casa mais a vontade.

“Pra mim, que trabalhava o dia inteiro, ficava muito difícil para participar de alguma atividade... agora vocês vindo aqui em casa fica ótimo”. (BALSAMO)

“Em casa fica um clima mais aconchegante, fica mais informal. Fiquei mais à vontade para falar dos problemas. Quando vou no médico, sinto vergonha de falar as coisas íntimas e com vocês não”. (FRUTO-DE-SABIÁ)

“As vizinhas ficam falando que no tempo delas não tinha esta mordomia de ficar vindo em casa com bola e tudo”. (CAMOMILA)

“Ajudou a me incentivar a fazer os exercícios. Não ficava parada. Fazia todos os dias em casa, colocava uma música e fazia todos os exercícios, bem relaxante”. (FRUTA-DO-CONDE)

Todas as gestantes relataram que foi a primeira vez que tiveram a oportunidade de participar de um processo educativo durante a gestação no domicílio ou na unidade de saúde, independente de serem primigestas ou não. Apenas uma das gestantes referiu utilizar as tecnologias de cuidado propostas, uma vez que no curso que fazia em uma Universidade estas ações eram trabalhadas.

“Sim, já conhecia (...). eu já realizava alongamentos, sou estudante de educação física. A respiração aprendi no ioga. Também fazia hidroginástica”. (FRUTA-DO-CONDE)

“Só tinha ouvido falar sobre a bola, em uma clínica particular. Nada que o pobre pudesse ter!”. (FRUTO-DE- SABIÁ)

As demais gestantes, embora não tivessem um conhecimento prévio das tecnologias, após participarem dos encontros, familiarizaram-se com elas e passaram a praticá-las em casa.

“Quando eu fico nervosa, eu e meu marido fazemos a respiração (...) me ajuda bastante a acalmar”. (FRUTO-DE- SABIÁ)

“Essa bola é muito boa (...), vocês não querem deixar ela aqui pra mim? (risos)”. (URUCUM)

“Faço sempre os exercícios de relaxamento do roteiro antes de dormir, porque fico tão relaxada que me dá sono”. (URUCUM)

“Eu vou fazer todas essas posições lá na hora, se for pra sentir menos dor e o bebê nascer mais rápido...”. (FRUTO-DE- SABIÁ)

Na maternidade utilizavam durante o trabalho de parto e parto. Elas tinham preferência principalmente pelos exercícios de respiração, mudanças de posições, deambulação, banho de chuveiro, massagens e uso da bola suíça.

“Usei bastante a respiração lá na hora. Meu marido fazia junto. Só não usei a bola porque não tava lá”. (CAJUEIRO)

“Usei a bola bastante e pedia para fazer a massagem nas costas, fizeram até com óleo de semente de uva, bem bom. Acho que fiz todas as posições, não fiquei parada nem um minuto. Ah, fiquei também no chuveiro mais de uma hora, era o lugar onde conseguia, de fato, relaxar”. (FRUTA-DO-CONDE)

“Fiz as posições na cama e a respiração. Andei um pouco também”. (BÁLSAMO)

As participantes relataram que após a realização desta atividade educativa ampliaram seus conhecimentos, aumentaram a confiança em si e compreenderam melhor o processo de nascimento que estavam vivenciando. Tiveram mais facilidade em optar por um tipo de parto, decidir quais as tecnologias que eram mais confortáveis e que poderiam lhes auxiliar a minimizar a dor, cuidar de si e do bebê após o nascimento. Enfim, tinham mais segurança e tranquilidade para conduzir o processo, participando mais ativamente do mesmo.

“Me senti bem, foi muito rápido. Eu tinha que ajudar meu filho. Me senti a atriz principal”. (FRUTO-DE- SABIÁ)

“Sim, tava mais preparada, fiquei mais tranquila”. (BÁLSAMO)

“Dependia muito de mim, me senti capaz de conduzir. Elas orientavam, mas eu que tinha que fazer. Contribui muito”. (CAJUEIRO)

“Me senti bem, me senti ativa, decidia as posições na cama e o que fazer”. (BÁLSAMO)

“Sim, eu fiquei bem mais confiante”. (ALAMANDA)

O trabalho foi visto de forma positiva pelas participantes, sendo considerado como um espaço para dialogar sobre a gestação e parto, expressar dúvidas e medos, para aprender técnicas, para facilitar o parto, apoiar e estimular a gestante, algo diferente do que já havia sido oferecido pela unidade de saúde local. Percebemos que elas gostaram de fazer parte do estudo e se sentiram valorizadas de participar de sua construção.

“Muito bom. Outros grupos deveriam continuar. Incentivo, força, muito importante, porque é um momento muito difícil”. (FRUTA-DO-CONDE)

“Legal, até para conversar. Foi um dia diferente”. (CAJUEIRO)

“Muito bom, união das três, todas falavam a mesma língua, mesmo conhecimento, assim é bom pois não confunde a cabeça da gente”. (IPÊ ROXO)

“Nota 10. Ajudaram bastante. Que continuem orientando outras pessoas que não têm conhecimento. Não me arrependi”. (BÁLSAMO)

“O trabalho de vocês é muito bonito. Quero começar a fazer este trabalho como voluntária, indo na casa das gestantes já que sou mãe de quatro filhos, todos nascidos de parto normal, sem dificuldades. Como já trabalho nesta área fica mais fácil”. (MÃE DE URUCUM)

“Ótimo. Pena que foi só uma vez (...) queria ter conhecido o trabalho antes”. (ALAMANDA)

Foi muito gratificante interagir com as gestantes e sua família e compartilhar com eles as tecnologias do cuidado, principalmente porque as gestantes demonstravam confiança em nós, nos acolheram em suas casas, expondo suas vidas, seus anseios, suas crenças e conhecimentos. Com certeza atendeu as nossas expectativas, pois conseguimos trocar informações, compartilhar conhecimentos, realizar as tecnologias do cuidado com as gestantes e familiares, acompanhar alguns partos e participar deste momento único das participantes. Sentimos que o processo educativo desenvolvido fez a diferença, pois as mulheres relataram mais confiança, maior autonomia e protagonismo no processo de nascimento.

Percebemos que a gestante precisa de alguém para lhe dar apoio emocional e educativo e o enfermeiro tem potencial para exercer esta função e facilitar o processo educativo. Essa percepção fortaleceu nossa expectativa em relação ao trabalho proposto e nos instigou a incentivar essas formas de cuidado. Muitas vezes tínhamos vontade de intervir mais, de falar mais e trazer mais informações às mulheres, mas entendíamos que tudo isso é um processo e a mulher teria que gradativamente aprender e nós tivemos também que aprender a esperar o tempo de cada uma, aprender a valorizar suas crenças e entender que cada gestação é realmente única. Acreditamos que a mulher é capaz de parir e que é seu direito receber uma rede de apoio, conhecimento, atenção e carinho.

Reforçou ainda nossa concepção sobre a importância da mulher na sociedade e também passamos a valorizar mais a vida e o nascimento. Refletimos que a atenção pré-natal tem que ser mais abrangente e deve incluir além da consulta, a atividade educativa na unidade e no domicílio para ver a mulher de forma integral e valorizar suas queixas e sentimentos.

Acreditamos que, de alguma forma, contribuimos para ampliar os conhecimentos das gestantes, favorecendo a reflexão e que repensassem sobre as formas de parir, o uso de intervenções desnecessárias e sobre outras possibilidades de métodos não farmacológicos para minimizar as sensações dolorosas. Em muitos momentos constituímos junto com os familiares uma rede de apoio à gestante. A nossa presença, as interações e transações estabelecidas, os conhecimentos, a atenção e carinho das gestantes ajudaram a fortalecer nossas capacidades, repadronizando algumas condutas e fazendo a diferença no cuidar.

Avaliação:

O alcance deste objetivo foi possível quando conseguimos saber se o uso das tecnologias do cuidado possibilitou uma participação mais ativa da mulher e família no processo do nascimento.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos objetivos que eram conhecer a gestante integralmente, compartilhar vivências e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado no domicílio visando aumentar suas potencialidades e, verificar se o cuidado prestado através do processo educativo havia contribuído para que assumisse a condução do trabalho de parto e parto e fosse protagonista durante o processo de nascimento, cremos que foram atingidos.

Acreditamos que a realização deste trabalho com as três acadêmicas concomitantemente, contribuiu de forma positiva para o sucesso das atividades, permitiu trabalho em equipe, favoreceu a complementaridade de ações e a superação dos momentos de dificuldades.

A realização deste estudo nos possibilitou compreender e ampliar nossos conhecimentos sobre a gravidez e processo de nascimento e aumentar nossas experiências de vida. Favoreceu nossa aprendizagem e formação crítica, auxiliando a nos tornarmos profissionais mais comprometidas com a saúde da população, em especial com a saúde reprodutiva da mulher e capazes de desenvolver uma assistência diferenciada.

Auxiliou também para conhecer e divulgar o papel do enfermeiro na atenção primária à gestante e para termos uma visão mais crítica sobre a atuação deste profissional na equipe de saúde. Reforçou a importância do papel do enfermeiro como facilitador do processo de educar e partícipe da rede de apoio a gestante e aos familiares, e o compromisso que tem com esta clientela tanto em nível individual e coletivo. Repercutiu na comunidade, já que foi solicitado a continuidade do trabalho desenvolvido e que este fosse estendido a outras gestantes, havendo a necessidade de se criar um grupo de gestantes na unidade de saúde. Permitiu compreender que além de conhecimentos técnicos, devemos valorizar alguns aspectos como a percepção, a comunicação, a empatia, a interação, a sensibilidade, o amor, o respeito, o compromisso e a responsabilidade.

A escolha do referencial teórico atendeu as expectativas do estudo, favoreceu o desenvolvimento do processo educativo na medida em que permitiu compreendermos melhor o ser humano e seu self, a percepção deste quanto ao processo de nascimento e tecnologias do cuidado e proporcionou as interações e transações.

As interações estabelecidas com as gestantes/puérperas/parturientes e seus familiares durante a prática assistencial propiciaram o aumento do vínculo entre elas e a ULS dos Ingleses. Durante o processo educativo sempre procurávamos incentivá-las a buscar auxílio e apoio junto aos profissionais que lá atuavam, sempre que fosse necessário. Percebemos que esta adesão realmente se efetivou, e que muitas passaram a frequentar com maior assiduidade a ULS, para solicitar informações, principalmente sobre o puerpério.

Propiciou conhecermos as contribuições e a importância de se socializar conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias de cuidado, e de praticá-las ainda na gestação, na ótica das puérperas que tiveram a oportunidade de vivenciar este processo na gravidez. Constatamos, através do processo educativo realizado, que é possível desenvolver um cuidado de Enfermagem mais sensível, apropriado para a realidade das mulheres e de seus familiares e voltado as suas necessidades.

Este estudo favoreceu o compartilhamento de conhecimentos científicos e populares, a troca de experiências e vivências sobre o processo de nascimento, facilitou o acesso das gestantes e familiares às novas informações relativas à gestação, parto e puerpério.

Percebemos que compartilhar conhecimentos, vivências e experiências, e as tecnologias do cuidado e a prática destas na gestação contribuiu para que a gestante compreendesse melhor o papel de ser mãe. Auxiliou também no fortalecimento e resgate das potencialidades das gestantes e dos familiares envolvidos, dando-lhes mais autonomia para decidir e agir, aumentando sua autoconfiança para enfrentar situações de estresse e problemas oriundos desse período. Além disso, propiciou para algumas gestantes minimizarem as sensações dolorosas no trabalho de parto e parto e vivenciarem este momento com maior tranquilidade e segurança.

Durante o desenvolvimento deste estudo tivemos muitas facilidades que nos ajudaram na concretização de nossos objetivos. Entretanto, surgiram algumas dificuldades que procuramos sempre superar e que serviram de estímulo para estabelecermos novas trajetórias nesta caminhada.

As facilidades deste trabalho foram: a receptividade que tivemos na ULS dos Ingleses, o apoio da enfermeira supervisora, o acolhimento dos funcionários, a aceitação das gestantes de participar de nosso trabalho, a curta distância entre a ULS e o domicílio das gestantes e a parceria entre as acadêmicas. A participação no grupo de gestantes do HU e no Grupo de Pesquisa da Saúde da Mulher e Recém-Nascido (Grupesmur) nos trouxe conhecimentos, assim como outros eventos nos deram suporte técnico (V Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal). Ademais, também facilitaram o andamento

do estudo as contribuições de nossa orientadora, as bibliografias disponibilizadas por ela e por outras enfermeiras com as quais socializamos nossas idéias e proposta.

Um dos fatores que dificultou a elaboração do projeto, sua implementação e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi a pouca disponibilidade de tempo. Nosso tempo de estágio não era exclusivamente direcionado ao TCC. Assumimos todas as funções da enfermeira supervisora da ULS dos Ingleses e para tal, ocupamos 80% das horas destinadas ao último semestre do Curso de Enfermagem. Por isso, o tempo que tínhamos para desenvolver o trabalho com as gestantes no domicílio ficou restrito. Outros pontos dificultadores nesta nossa caminhada foram: o curto período para a elaboração do projeto, dificultando o encaminhamento do trabalho ao Comitê de Ética mais precocemente; a falta de materiais disponíveis na unidade, sendo necessário que utilizássemos recursos próprios para comprá-los; a falta de divulgação na mídia sobre a importância do uso de ações não farmacológicas no processo de nascimento.

Chamou-nos a atenção o fato de uma gestante que havia se colocado a disposição para participar do processo educativo considerar inicialmente este trabalho sem importância, deixando em alguns momentos de se envolver nas atividades, sem, contudo solicitar dispensa do mesmo. Só após vivenciar o processo é que conseguiu perceber a necessidade destas ações.

Tal situação nos fez refletir e compreender que nem todos têm a mesma visão sobre o processo de nascimento e consideram necessário fazer uso de tecnologias de cuidado ou de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Além disso, nos fez ficar mais atentas àqueles que culturalmente crêem que cabe ao profissional médico as intervenções e a condução do parto e, sobretudo, nos fez compreender que precisamos respeitar a opinião de quem quer que seja. Fez-nos ter clareza que é necessário dar um tempo para as mulheres refletirem e reverem suas práticas, como é o caso desta gestante, para poderem repadronizar a forma como pensam, se o desejarem. Muitas vezes, isto só é possível após vivenciarem a situação ou após aprofundarem e trocarem conhecimentos e experiências.

Outro ponto marcante no trabalho foi a construção cultural sobre o parto na percepção das gestantes acerca do parto natural. Em função de toda construção histórica, que vem sendo transmitida de geração em geração, muitos mitos e histórias negativas sobre partos vaginais, principalmente em relação à dor e sofrimento se perpetuam. Apesar de todas inicialmente optarem pelo parto normal, mesmo após a realização deste trabalho e do protagonismo assumido por elas em muitos momentos ainda prevaleceu à idéia ou visão de que o parto trata-se de um momento doloroso e desprazeroso.

Contudo, estamos certas que na medida em que adquiriam conhecimentos sobre o período que estavam vivenciando, suas potencialidades foram fortalecidas, alguns mitos foram quebrados, o que promoveu o papel ativo destas mulheres na condução do seu processo de nascimento. Mesmo assim, ainda há muito a se trabalhar para que a mulher possa vivenciar o momento do parto de maneira mais serena, e para que acredite mais em si e em seu corpo.

A crença no próprio corpo começa com olhar-se, interna e externamente. O toque, a massagem, o carinho a si mesma fortalece o auto-estima e aceitação, conservando a saúde e estimulando cada vez mais o cuidado do corpo através de uma alimentação regrada e atividades físicas, como exemplo, e o cuidado do espírito através de pensamentos positivos, coragem, confiança e determinação.

Foi perceptível que o planejamento da gravidez, o relacionamento com os familiares, as condições psíquicas, físicas e financeiras, o conhecimento que possui acerca de todo o processo contribuem e interferem significativamente para que a mulher conduza seu parto onde e como quiser, sem dificuldades ou medos.

No entanto, para tal, torna-se necessário trabalhar as questões relativas ao planejamento familiar, propiciando ao casal ter filhos na hora que realmente quiser e puder, centrar a atenção pré-natal na mulher e família e, sobretudo, propiciar que a consulta pré-natal existente deixe de ser apenas um ritual de aferições e medidas, extremamente técnico, e sim, um momento de escuta e troca de conhecimentos.

Recomendamos que este estudo seja replicado em outras unidades e com um número maior de mulheres, que se ampliem as tecnologias do cuidado, dando a mulher maior possibilidade de escolha.

Finalmente, temos convicção que esta produção de conhecimento além de trazer contribuições para as gestantes, familiares e profissionais envolvidos, pode servir de subsídio para mudanças nas práticas de saúde do enfermeiro, abrir novos campos para sua atuação, podendo tornar ainda mais visível o papel deste profissional no preparo das gestantes e familiares em nível de atenção básica também no âmbito domiciliar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.A.M. et al. A humanização no cuidado à parturição. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n.03, p. 355–359, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_02.htm>. Acesso em: 20 Ago. 2007.
- ARTAL, R.; WISWELL, R.A.; DRINKWATER, B.L. **O Exercício na Gravidez**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999. 332 p.
- BACHMAN, J.A. O Manejo do Desconforto. In: **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 13.
- BALASKAS, J. **Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Natural**. São Paulo: Ground, 1993. 317 p.
- BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BARBOSA, G. P. et al. Cesarean sections: who wants them and under what circumstances?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Out. 2007.
- BONOMI, A. **Pré-Natal Humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação de Saúde Materno-Infantil**. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Assistência Pré-Natal. (Normas e Manuais Técnicos). 3. ed. Brasília, 2000. 64 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência à mulher. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2001. 199 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)-Descentralização**. Brasília: Secretaria Executiva, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Anexo PT GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde/SUS NOAS-SUS de 01/2001. Ministro da saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2001. cap. 1. Art. 3.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Plano de Ação 2004 – 2007. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004. 48 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - cad. 5. Brasília, 2005. 162 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. 80 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, 2006. 16 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recomendações para o Processo de Regionalização da Assistência no Âmbito Estadual**. Implantação da norma operacional da assistência NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretriz Conceitual**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 456 p.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 241 – 249, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a09.htm>. Acesso em: 22 Ago. 2007.

CARRIERE, B. **Bola Suíça: teoria, exercícios Básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole, 1999. 384 p.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J.. Humanized birth according to obstetric nurses involved in birth care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jul. 2007. Pré-publicação.

COUTO, G. R. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural, 2004. Disponível em: <www.germanocouto.com>. Acesso em: 25 Ago. 2007.

COUTO, G. R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jul. 2007. Pré-publicação.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2007.

DINIZ, C.S.G. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, USP 2001. 264 p. Tese (Doutorado em Medicina, área de concentração: Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

DUARTE, A.C. **Lidando com a Dor do Parto**. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/dor2.html>. Acesso em: 25 Ago. 2007.

FALCONE, V. M. et al. Multiprofessional care and mental health in pregnant women. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Out. 2007.

FERNANDES, R, NARCHI, N. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. São Paulo: Manole, 2007. 325 p.

FREIRE, P. **Educação como Prática de Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 137 p.

HOGA, L. A. K; REBERTE, L. M. Técnicas corporais em um Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 308-313, 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago. 2007.

Japan International Cooperation Agency (JICA). **Manual do Parto Humanizado**. Ceará, 2000.

KING, M.I. **A Theory for Nursing. Systems, Concepts e Process**. 1. ed. United States of América: Wiley Medical Publication, 1981.

KING, M.I. **Enfermería como Profesión. Filosofía, Principios y Objetivos**. 1. ed. México: Limusa, 1984.

LOWDERMILK, D.L; PERRY, S.E; BOBAK, I.M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 229 p.

MAMEDE, F.V. **O Efeito da Deambulação na Fase Ativa do Trabalho de Parto**. Ribeirão Preto EERP/USP, 2005. 103p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, área de concentração: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

MOREIRA, T. M. M; ARAUJO, T. L. Modelo conceptual de sistemas abiertos interactuantes y la teoría de alcance de metas de imogene king. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 Ago. 2007.

OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F; BRUGGEMANN, O.M. **A Melodia da Humanização: Reflexões Sobre o Cuidado no Processo de Nascimento**. 1. ed. Florianópolis: Cidade futura, 2001. 142 p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan - Americana de Saúde Materna e Neonatal. Saúde reprodutiva e da família. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico, Genebra, 1996. 53 p.

ORIA, M. OB; XIMENES, L. B. **Casal Infértil em Busca do Filho Desejado**. v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852006000200008&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 28 Out. 2007.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santo, 1993. 441 p.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1514 p.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Educational action in prenatal care: a reflection on nursing consultation as an opportunity for health education. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Ago. 2007.

SABATINO H; DUNN, P.M.; BARCIA, R.C. **Parto Humanizado**: formas alternativas. Campinas: Unicamp, 1992. 263 p.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G. E CECATTI, J.G. The scenario of pre-natal care in Brazil and the Humanizing of Prenatal Care and Childbirth Program. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Ago. 2007.

SIMKIN, P.P; O'HARA M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **Am J Obstet Gynecol.** v. 5, n. 186, p. 131-59, 2002.

TEDESCO, Ricardo Porto et al . Primigravid expectations about the delivery method and the causal factors for their choice. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2007.

VERDI, M.; SANTANA. M. Assistência domiciliar In: **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde**. Textos Fundamentais. v. 1 Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. p. 166- 187.

ZAMPIERI, M.F.M **Cuidado Humanizado no Pré-Natal**: um olhar para além das divergências e convergências. Florianópolis, UFSC, 2006. 437p. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

ZAMPIERI, M.F.M. **Vivenciando o Processo Educativo com Gestantes de Alto Risco e seus Acompanhantes**. Florianópolis, UFSC, 1998. 179 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ZAMPIERI, M. F.; GARCIA. O.R.Z; BOEHS, A. E.; VERDI, M.; **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher - Textos Fundamentais**, v. 2 - Série Atenção Primária a Saúde Coletiva. 1. ed. Florianópolis: Departamento de Enfermagem e Saúde Pública/UFSC, 2005. 514 p.

APÊNDICES

**APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DAS GESTANTES**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TEL: (048) 3721.9394/3721.9525/3721.9785 - FAX: (048) 3721.9542**

Eu, _____, estou
plenamente de acordo com minha participação no trabalho de conclusão de curso intitulado
**PROCESSO EDUCATIVO NO PRÉ-NATAL: PROMOVENDO O PAPEL ATIVO DA
MULHER NO PROCESSO DE NASCIMENTO**, requisito da disciplina de Estágio
Supervisionado II, desenvolvido pelas acadêmicas Daiane Zocche Darós, Pâmela Tasca Hess
e Patrícia Sulsbach, estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFSC, sob
orientação da professora Doutora Maria de Fátima Zampieri e supervisão da Enfermeira
Heloisa da Silveira Daniel, da ULS dos Ingleses com o seguinte objetivo geral e específico:

Objetivo geral: Desenvolver um processo Educativo em Enfermagem, guiado por
idéias de Imogene King, com gestantes de baixo risco e família que vivenciam o último
trimestre de gestação e com estas mulheres no parto e após o parto, buscando contribuir para
que atuem como protagonistas do processo do nascimento.

Objetivos específicos: Conhecer os saberes, vivências e experiências das
gestantes e família relativos ao processo de nascimento; propor e compartilhar
conhecimentos, experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado à
mulher grávida e família, no domicílio, buscando aumentar os seus potenciais e favorecer um
trabalho de parto e parto tranquilo e conhecer os benefícios da prática educativa na vivência
do processo educativo.

Fui informada que o estudo consta de 2 etapas. Na primeira será desenvolvida
uma prática assistencial no domicílio, ou seja, um processo educativo no qual serão
compartilhados conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e propostas
tecnologias de cuidado não farmacológicas que podem contribuir para alguns desconfortos no

parto e parto e que fica a meu critério escolher aquelas que melhor se adaptem as minhas necessidades e anseios. Além disso, quando for de minha vontade conversaremos sobre as minhas vivências e experiências no processo de nascimento. Na segunda etapa será feito uma entrevista de acordo com a minha disponibilidade para verificar se ações propostas foram positivas.

Estou ciente quanto ao compromisso das alunas de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo e que todas as informações obtidas na entrevista, nas observações e nos encontros permanecerão confidenciais.

Tenho clareza que todas as informações serão usadas somente para este estudo, que procedimentos realizados não trarão qualquer risco à minha vida e saúde e que minha participação no estudo não implicará em nenhum ônus para você ou para seus familiares

Autorizo as estudantes a utilizarem os resultados desta atividade para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Minha participação é voluntária, e tenho a liberdade de recusar ou retirar meu consentimento a qualquer momento.

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura: _____ RG: _____

Nota: O presente termo terá duas vias, uma ficará à guarda das acadêmicas e a outra via é da posse da própria participante do trabalho.

As informações fornecidas pelos (as) participantes permanecerão confidenciais e a anonimato dos (as) mesmos (as) será mantido através do uso de nomes (códigos). O trabalho iniciará após ter sido dada aos (às) participantes uma ampla explicação sobre a meta, objetivos e estratégia da prática assistencial e após a obtenção por escrito do consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Durante a explicação serão assegurados: o direito de recusar a participar ou de se retirar do trabalho em qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes.

Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas em armário chaveado, em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFSC. As gravações serão deletadas após o término do trabalho.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação ao trabalho ou quiser desistir em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefones abaixo ou fazê-lo pessoalmente.

Alunas: Daiane Zocche Darós: 9925-7496 Pâmela Tasca Hess: 9151-0189

Patrícia Sulsbach: 9621-8828

**APÊNDICE II - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS ANTES DA
PRÁTICA ASSISTENCIAL À GESTANTE NO DOMICÍLIO**

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: (...) Solteira (...) Casada (...) Divorciada (...) União consensual.

Numero de gestações anteriores: _____

Número de abortos: _____

Tipo de partos anteriores: _____

A gestação foi planejada? _____

Está sendo aceita? _____

Participação do acompanhante: (...) sim (...) não

Tipo de parto que gostaria de ter: _____

Início do Pré-Natal: _____

Local: _____

1. Comente suas percepções, vivências e experiências sobre gestação, parto e puerpério (cuidados com mulher e o bebê).

2. Qual o significado da gravidez para você?

3. Quais seus medos, sentimentos e expectativas em relação à gestação e parto?

4. As orientações recebidas durante o pré-natal são suficientes para diminuir seus medos e ansiedades?

5. Comente como está se sentindo neste momento.

6. Quais as dúvidas que gostaria de esclarecer neste momento de interação com as acadêmicas?

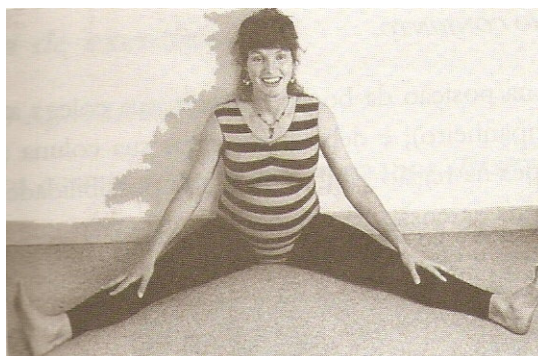
7. O que sabe sobre as tecnologias de cuidado? (citá-las)

APÊNDICE III- EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO

* Fortalecimento e relaxamento da musculatura do períneo



1 . Posição de borboleta



2. Pernas abertas.

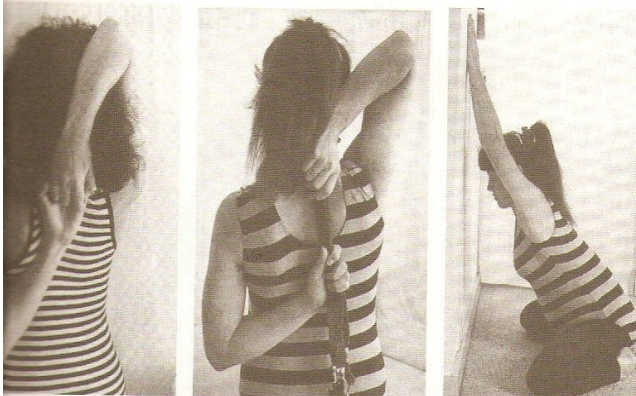
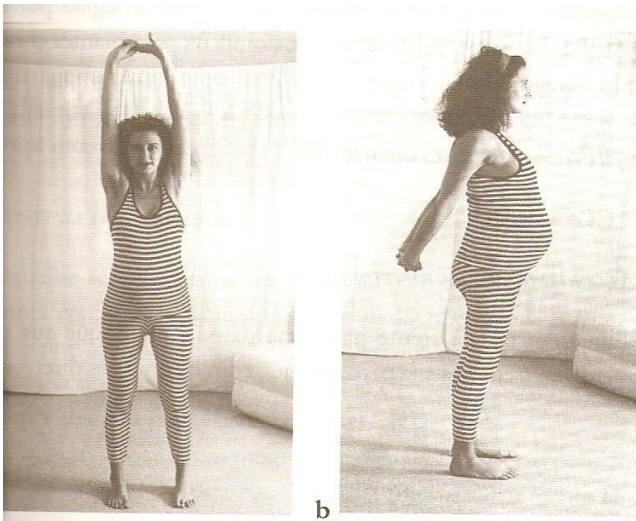


3. Joelho Dobrado

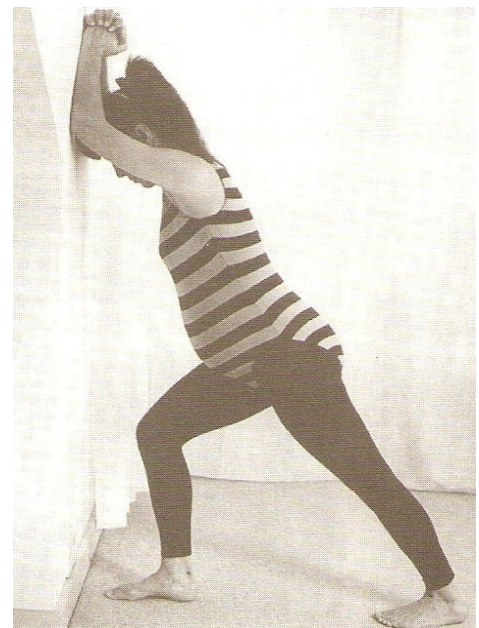


4. Ajoelhada com os joelhos bem separados

*** Alongamentos**



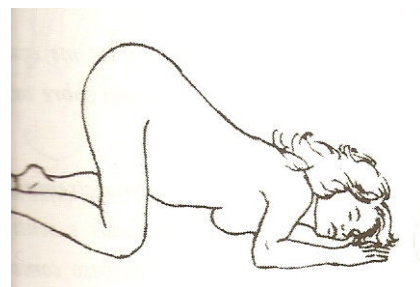
5. Alongamento dos Ombros



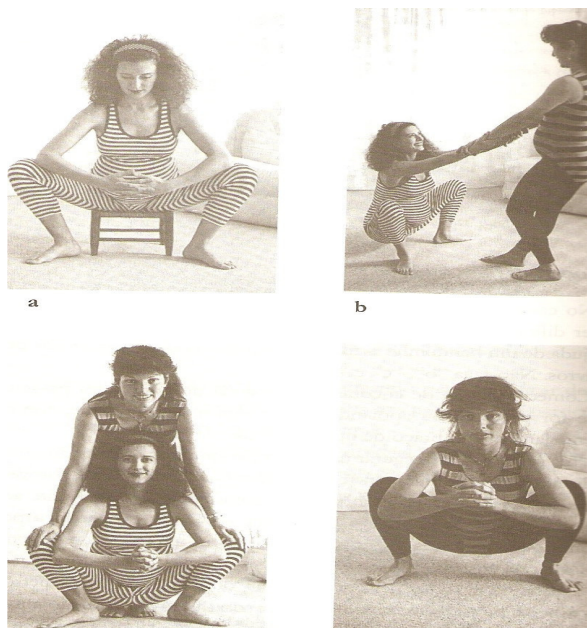
6. Alongando a panturrilha



7. Relaxando a tensão dos músculos



8. Cócoras



9. Fortalecendo a musculatura pélvica

Roteiro elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase de Enfermagem (UFSC)

**APÊNDICE IV - TERMO DE SOLICITAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO
NA MATERNIDADE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

À Direção da Maternidade Carmela Dutra / HU

Nós,.....

.....,
acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo o projeto de conclusão de curso com algumas gestantes de baixo risco da ULS dos Ingleses, município de Florianópolis. O objetivo do trabalho é assisti-las durante o pré-natal e por meio de processo educativo compartilhar conhecimentos e informações sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado com vistas a promover o protagonismo da mulher no processo.

Vimos, através deste, solicitar autorização para acompanhar o parto destas gestantes. Sem mais, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Acadêmicas de Enfermagem:

Daiane Zocche Darós (48) 9925-7496

Pâmela Tasca Hess (48) 9151-0189

Patrícia Sulsbach (48) 96218848

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Zampieri

Supervisora: Enf^a. Heloísa Silveira Daniel.

APÊNDICE V - ROTEIRO DE ENTREVISTA NO PÓS -PARTO

Nome: _____

Data: _____

Número de gestações: _____ Número de partos: _____ Tipos de parto: _____

Tipo de parto atual: _____

Local: _____

Tempo de trabalho de parto: _____

Quando: _____ Foi acompanhada? (...) sim (...) não

Pelos alunos (...) Pelo acompanhante (...) Quem? _____

Apresentou intercorrências no parto e no pós-parto? (...) sim (...) não

Se sim, quais? _____

Número de encontros realizados (...) na unidade (...) no domicílio

Participaram

(...) gestantes (...) companheiro (...) filhos (...) outros

1. Para você, qual a importância do trabalho (processo educativo) desenvolvido no domicílio durante o último trimestre de gravidez para a gestação, trabalho de parto e parto e pós parto?

- 2- Qual a contribuições e benefícios de se realizar o processo educativo em nível domiciliar durante a gestação, abordando questões relativas ao processo de nascimento e tecnologias do cuidado e tendo a possibilidade de praticar estas tecnologias?

- 3- Nas outras gravidezes teve oportunidade de participar de um processo educativo no domicílio ou na unidade de saúde (...) não (...) sim Qual?

4-Você já conhecia as tecnologias do cuidado apresentadas pelas discentes?

(...) sim (...) não Quais?

5-Quais as tecnologias de cuidado que você escolheu, dentre as apresentadas pelas acadêmicas?

6- Qual a contribuição de se compartilhar informações, conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento (na pré-concepção, gestação, parto e pós-parto) com as gestantes e familiares em nível domiciliar?

7- Quais os temas que você considerou fundamentais abordados durante os o processo educativo nos atendimentos domiciliares?

8-As tecnologias de cuidado apresentadas e compartilhadas pelas acadêmicas foram utilizadas no domicílio e na maternidade? Quais? Houve participação da família?

9- Foram orientadas na maternidade?

(...) sim (...) não Por quem?_____

10-Em quais momentos estas tecnologias mais ajudaram? Explique (quais os benefícios em relação a dor, ao tempo de trabalho de parto, a vivência deste momento, segurança, redução dos medos, autonomia para conduzir o parto).

11- Você teve possibilidade de decidir sobre o tipo de parto? (...) sim (...) não

Sentiu-se mais confiante para fazê-lo após a realização do trabalho? (...) sim (...) não.
Porque?_____

12-Como você se sentiu conduzindo o parto, especialmente o normal, no caso desta possibilidade?

13- Como você avalia a atuação das acadêmicas?

14- Explicita sugestões e comentários sobre o trabalho realizado?

APÊNDICE VI - CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

CRONOGRAMA	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
Elaboração do projeto	X				
Elaboração da revisão de literatura	X	X	X		
Elaboração do referencial teórico	X	X			
Realização das consultas pré-natal para captação das gestantes	X	X			
Encaminhamento do projeto ao comitê de ética		X			
Realização do processo educativo no domicílio		X	X	X	
Acompanhamento dos partos das gestantes participantes		X	X	X	
Elaboração do relatório final			X	X	
Apresentação do TCC				X	
Entrega do TCC					X

ANEXOS

ANEXO I – UNIDADE LOCAL DE SAUDE DOS INGLESES



ANEXO II – REPRESENTAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DOS INGLESES

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Abrangência da Unidade de Saúde dos Ingleses por Micro-Áreas

